

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**“Sobrecarga emocional y afrontamiento en cuidadores
informales de pacientes esquizofrénicos de un Centro de
Salud – Trujillo”**

Tesis para obtener el título de Licenciada en Psicología

Autora:

Cerqueira Cruzalegui, Candelaria María

Asesora:

Dra. Tirado Bocanegra, Patricia

Trujillo – Perú

2019

**“Sobrecarga emocional y afrontamiento en
cuidadores informales de pacientes con
esquizofrenia en un Centro de Salud –
Trujillo 2017”**

Dedicatoria

Al compañero de vida, mi esposo Orlando Urbina Guillén.

A mis hijos Mary, Orlando, Alfonso, Karina y mis nietos Sebastián, Nayara y Leonardo a quienes los tengo en mi corazón.

Agradecimiento

A Dios por su infinito amor y la oportunidad que me da de superación con el presente trabajo.

A las Doctoras Zelmira Lozano Sánchez y Patricia Ibeth Tirado Bocanegra, por su apoyo y comprensión así como por el tiempo dedicado a la supervisión de este proyecto.

Al Dr. Marco Serrano García, Director del Centro de Salud Mental Comunitaria Frida Alayza Cossío-Trujillo, y su personal, por su apoyo incondicional para el desarrollo de la presente investigación.

A mis hermanos por el cariño, el ánimo y la motivación que me dan cada día.

A mis queridos padres Alfonso y María que desde el cielo me acompañan y bendicen.

"Dios concédeme la serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar. El valor para cambiar las cosas que puedo cambiar y la sabiduría para conocer la diferencia..."

(Oración de la serenidad, Reinhold Niebuhr)

"No sufrir ningún estrés en absoluto equivale a estar muerto"

Hans Selye (1976):

ÍNDICE

PALABRAS CLAVE

Tema: Sobrecarga Emocional - Estrategias de afrontamiento

Especialidad: Psicología.

Subject: Emotional Overload - Coping Strategies

Speciality: Psychology

Línea de investigación: Salud mental.

RESUMEN

El presente estudio tiene como finalidad, investigar la relación entre el nivel de sobrecarga emocional y las estrategias de afrontamiento de los cuidadores informales del paciente con Esquizofrenia. La Investigación es de tipo no experimental de diseño correlacional y de corte transversal. La muestra está conformada por todos los cuidadores de la población, contando con 30 cuidadores informales de pacientes diagnosticados de esquizofrenia, que son atendidos profesionalmente en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, Trujillo. Se aplicaron dos instrumentos: el primero para identificar el nivel de sobrecarga emocional, Test de Zarit y un segundo para identificar las estrategias de afrontamiento, cuestionario de afrontamiento al estrés CAE, la prueba estadística utilizada fue Correlación de Spearman.

Obteniéndose los resultados siguientes: Se llegó a demostrar que existe una correlación significativa entre $R_{ho} = -0.664$ y $R_{ho} = -0.751$ con niveles de significancia menores al 5% ($p < 0.05$), la cual quiere decir que hay una relación alta e inversa entre ambas variables: la sobrecarga se relaciona significativamente con el afrontamiento de estrés y sus respectivas dimensiones de los cuidadores informales de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, 2017. Así mismo se observa que la sobrecarga que advierten los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia, en su mayoría es de nivel leve (57%) y un (33%) de sobrecarga intensa y un 10% que no tienen sobrecarga. En cuanto al afrontamiento, tal como se observa en la Tabla 3, los cuidadores informales de pacientes esquizofrénicos presentaron un nivel medio (60%), mientras tanto el (23%) de ellos obtuvieron un nivel de afrontamiento bajo, un puntaje menor (17%) logró un nivel de afrontamiento alto.

ABSTRACT

The purpose of this study is to investigate the relationship between the level of the emotional excessive burden and the coping strategies of informal carers of the patient with schizophrenia. The research is non-experimental type of correlational design and cross-cutting. The sample is conformed by all the carers of the population with 30 informal carers of patients diagnosed with schizophrenia, who are treated professionally at the Community Mental Health Center "Frida Alayza Cossío", Trujillo. Two instruments were applied: The first to identify the level of the emotional excessive burden- Zarit's Test and a second to identify the coping strategies, Questionnaire of Challenging to the Stress CAE , the statistic test used was Spearman's Correlation.

Getting the following results: It was demonstrated that there is a significant correlation between $R_{ho} = -0.664$ and $R_{ho} = -0.751$, with significance levels of less than 5% ($p < 0.05$), which means that there is a high and inverse relationship between both variables: the charged is significantly related to the coping of stress and their respective dimensions of informal carers of schizophrenic patients in the Community Mental Health Center "Frida Alayza Cossío", 2017. Also it is observed that the charge that warn the carers's families patients with schizophrenia, mostly it is of light level (57%) and 33% of intense charged and 10% that are not overloaded. Regarding to the coping, as observed in Table 3, the informal carers of schizophrenic patients have presented a medium level (60%), meanwhile 23% of them obtained a low level of coping, a lower score (17%) achieved a high level of coping.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales o psicopatologías, representan un problema de primer orden dentro de la mayoría de los países del mundo, existen diferentes formas de tratamiento, los cuales involucran la participación de personal especializado, sin embargo, en la práctica se ven involucradas de manera relevante y directa la familia, la cual constituye un factor importante en el proceso psiquiátrico por el que atraviesa un paciente. Ardila (2009, pp. 114-125.), encontró que en la recuperación de los pacientes que presentan diagnóstico de trastorno mental, además del tratamiento farmacológico, otro aspecto fundamental lo constituye el apoyo familiar, puesto que de dicho apoyo dependerá que las personas con trastorno mental, sean integradas a la familia y a la comunidad en la que están inmersos.

Este apoyo familiar en el tratamiento de los trastornos mentales trajo consigo algunas implicaciones, entre otras cosas, la transformación de las modalidades de atención, pasando de un modelo biomédico, que se basa en un enfoque patologista apoyado en la dicotomía mente-cuerpo, donde se entiende la enfermedad mental, netamente orgánica, provocada, por fallo anatómico y fisiológico en el cerebro o los genes a un modelo biopsicosocial, en la que se toma en cuenta además de los factores biológicos, los psicológicos, sociales y culturales determinantes en el desarrollo de los trastornos mentales: trata de comprender el comportamiento humano teniendo en cuenta, el contexto de los problemas de la vida y la sociedad.

Las personas que padecen un trastorno psicótico no afectivo, como la esquizofrenia, generalmente necesitan el apoyo y cuidado de personas que puedan velar por su salud y seguridad, apareciendo la figura del cuidador informal o cuidador principal. Está demostrado que por diversas condicionantes sociales, culturales y económicas, es común que este apoyo y cuidado recaiga sobre familiares directos, los que tienen que responder a la demanda y aminorar el problema.

Se ha documentado que los cuidadores de pacientes dependientes pueden presentar, a lo largo del prolongado tiempo en que atienden sus necesidades, diferentes problemas de salud; alteraciones psicológicas, sociales, etc., todas ellas

dependientes de la carga que supone dicha atención como mencionaron Montorio, I., Fernández, M., López, A., y Sánchez, M. (1998). “Ahora bien, si es cierto que los cuidadores constituyen un recurso valioso, también es cierto que se trata de un recurso vulnerable, ya que el compromiso de cuidar tiene generalmente importantes costes materiales, emocionales y de salud para los cuidadores que dedican sus capacidades a cuidar a su familiar de forma tan intensa y continuada como generalmente lo hacen”.

En la medida que el tiempo transcurre y la enfermedad o la dependencia avanzan, la tarea podría ser realizada con menor entusiasmo, independientemente de la relación afectiva, Hernández (2006). Esta situación nos ha llevado a determinar la labor que realizan los cuidadores informales de pacientes esquizofrénicos de un centro de salud de la ciudad de Trujillo, para establecer la repercusión en su salud, la Sobrecarga emocional y sus estrategias de afrontamiento.

En función a los objetivos de investigación del presente trabajo, consideramos de gran importancia conocer el nivel de la carga emocional que percibe el cuidador informal de paciente con esquizofrenia, y las estrategias de afrontamiento ante demandas estresantes a que esta sometido al cumplir su rol, con la finalidad de, sobre todo, aportar conocimientos teórico-prácticos que permitan una apertura a esta problemática, posibilitando la futura implementación de estrategias de intervención temprana en nuestro medio, para preservar la salud o reducir la gravedad y consecuencias de la misma, que afecta a un sector importante de la población, que con responsabilidad, cumple la tarea de cuidador informal.

Para dar inicio al presente estudio, se presentará las diversas investigaciones que estudian las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga del cuidador informal de la persona con Esquizofrenia, con resultados diferentes y evidencias indiscutibles que manifiestan las consecuencias de esta enfermedad en la existencia del cuidador.

1. Antecedentes y fundamentación científica

Arandia y Partidas (2015) realizaron una investigación denominada “Sobrecarga y Estrategias de Afrontamiento en cuidadores informales de pacientes con enfermedad de Alzheimer en Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela”. Este estudio corresponde a un diseño de investigación no experimental de tipo transaccional descriptivo. La muestra que utilizó estuvo conformada por 100 cuidadores de un Laboratorio de Neurociencias. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (1983) y el Cuestionario de Afrontamiento “C.S.I” adaptada al español por Cano, Rodríguez y García (2006). La investigación llegó a las siguientes conclusiones: El promedio obtenido en cuanto a la Sobrecarga total que maneja el cuidador informal, demuestra que no existe Sobrecarga, obteniendo un puntaje de (27.7%), por otro lado, en cuanto a la variable de Estrategia de Afrontamiento, la más usada por la población objetivo es Centrada en la Emoción, específicamente, Retirada Social, obteniendo un 28.76 %.

Del mismo modo, Cerquera y Galvis (2014) con su tesis denominada “Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales” en Bucaramanga, Colombia, se realizó un estudio no experimental, transversal, descriptivo y comparativo, utilizaron el Inventario de Depresión Estad-rasgo IDER, la Escala de Sobrecarga de Zarit y la Escala de Estrategias de Coping Modificada. La muestra estuvo constituida por 62 cuidadores formales y 53 informales de pacientes con Alzheimer. Los resultados permitieron afirmar que el 58.5% de los cuidadores informales y 33.9% de los formales presentaron sobrecarga subjetiva intensa. Así también, la estrategia de afrontamiento más usada en ambos grupos fue la religión. Hallando diferencias significativas entre el nivel de sobrecarga de los cuidadores formales y los informales, pero ausente entre sus niveles de depresión.

De otro lado, Barahona (2013) realizó una investigación denominada “Sobre carga en el cuidado del enfermo oncológico Terminal en domicilio: la importancia de la Prevención”, en Madrid, España. Estudio de tipo descriptivo correlacional. Así mismo se han usado métodos cuantitativos (Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit y la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria “HAD”), como cualitativa

(entrevista libre). La muestra estuvo compuesta por 50 cuidadores, mayores de 18 años. Los resultados demuestran que el 65,60% de los cuidadores presentan sobrecarga, siendo leve en el 32,80% de los casos, e intensa en el 67,20%, así mismo, niveles altos de ansiedad y depresión.

Además, Salazar (2013) con su estudio titulado “La Activación de los tipos de afrontamiento relacionados con el sentimiento de sobrecarga en el cuidador familiar de personas con discapacidad físico-motora” en Quito, Ecuador. Investigación cuantitativa y de tipo correlacional, para la recolección de datos se utilizó los instrumentos: Escala de Sobrecarga en el cuidador de Zarit en 1983 y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento “COPE”, creado por Carver, Scheier y Weintraub en 1989. La muestra estuvo constituida por 7 cuidadores informales que asisten al Centro de Salud El Carmen. Los resultados indican que la sobrecarga en los cuidadores permanece por debajo de la media establecida por el puntaje del test de Zarit relacionando el Afrontamiento Activo como la estrategia que permite a los cuidadores tener un nivel menor de sobrecarga.

También, Jaen, Callisaya y Quisbert (2012) con su investigación denominada “Evaluación de la sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia del Hospital de Psiquiatría "Dr. José María Alvarado" de la ciudad de La Paz, Bolivia. De tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. El Instrumento de Evaluación fue la Escala ECFOS-II. La muestra de estudio estuvo constituida por 40 cuidadores de ambos sexos. De este estudio se concluyó que el perfil del cuidador es el de una mujer (84,2%), de alrededor de 60 años. Normalmente madre del paciente (72,5 %), que no trabaja, pasa con el enfermo más de 4 horas al día (75%), afirma mantener una buena relación con el paciente y que no piensa que el enfermo sea una carga negativa ni para ella ni para su familia.

De igual manera, Pérez, Cartaya y Olano (2012) con su tesis “Las Variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores principales de los ancianos con Alzheimer”, en Cuba. Un estudio de tipo descriptivo, que incluyó como muestra a 100 cuidadores de adultos mayores con demencia leve y moderada, que asistieron a la Consulta de Trastornos Cognitivos del Hospital “Carlos

J. Finlay”. Los resultados demostraron que la sobrecarga y la depresión experimentada por los cuidadores principales fueron elevadas. Las variables asociadas a la depresión y la sobrecarga fueron los cuidadores principales que no reciben apoyo y sus pacientes presentaban trastornos en los hábitos alimentarios.

En el ámbito nacional:

Por su parte, Correa (2015) con su tesis denominado “Nivel de Sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia que asisten a un Servicio de Salud” en Lima. Un estudio de tipo cuantitativo, de nivel aplicativo y de corte transversal. Se aplicó la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. La muestra estuvo constituida por 33 familiares cuidadores. Los resultados reportaron que la sobrecarga experimentada por los familiares cuidadores es, en su mayoría, de nivel leve. Así también, en cada una de las dimensiones. La dimensión Impacto del cuidado sobre el cuidador es la más afectada.

Además, Li, M. (2014) con su investigación “Nivel de sobrecarga emocional en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia en un Hospital Público de Lambayeque-Perú”. Estudio de tipo transversal descriptivo con análisis exploratorio. La muestra estuvo conformada por 122 cuidadores, de los cuales el 68,85% fueron mujeres, y de ellas 40,16% eran madres de la persona con esquizofrenia. Se aplicaron la Escala de Sobrecarga de Cuidador de Zarit. De acuerdo a los resultados se encontró que el 72.95% de familiares cuidadores presentan sobrecarga emocional, entre los cuales la más frecuente es la sobrecarga leve (69.66%).

También, Hidalgo (2013) con su estudio titulado “Sobrecarga y Afrontamiento en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia”. Es un estudio cuantitativo y de tipo correlacional. Se aplicaron la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit y el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento. La muestra estuvo compuesta por 33 familiares de pacientes diagnosticados con esquizofrenia que acuden a rehabilitación de un Instituto de Salud Mental de Lima en Perú. De acuerdo a los resultados se encontraron correlaciones entre la sobrecarga y algunas estrategias de afrontamiento específicas, como Falta de Competencia.

De igual manera, Chomba (2013) con su tesis titulado “Sobrecarga en el cuidador familiar del paciente con esquizofrenia, en el Hospital Hermilio Valdizán”, Lima. Enfoque cuantitativo, diseño descriptivo. Se utilizó la Escala de Sobrecarga de Zarit. La muestra estuvo constituida por 52 cuidadores familiares de pacientes hospitalizados con esquizofrenia. De acuerdo a los resultados se hallaron que el 44% de los cuidadores familiares presentaron un nivel de Sobrecarga Leve: en la dimensión Impacto del cuidado 48% y Calidad de las relaciones Interpersonales 56% tuvieron Sobrecarga Leve, mientras que 63% no presenta sobrecarga en Expectativas de autoeficacia.

En el ámbito local:

Se halló a Chacón y Valverde (2014) que realizaron la investigación sobre “Estrategias de afrontamiento y nivel de sobrecarga en el cuidador informal de la persona con Alzheimer. Hospital Regional Docente Trujillo-2013”. El estudio de tipo correlacional y de corte transversal. Se aplicaron dos instrumentos: Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) y la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. La muestra estuvo constituido por 40 cuidadores informales diferentes de personas con Alzheimer atendidos en el Consultorio Externo de Neurología. Los resultados permitieron concluir que las estrategias de afrontamiento son Resolución de Problemas (87.5%), Pensamiento Desiderativo (87.5%) y Reestructuración Cognitiva (80%). En cuanto a la sobrecarga, se evidenció que el 40% de la población presenta sobrecarga leve, un 32.5 % no sobrecarga y el 27.5 % obtiene nivel sobrecarga intensa. Es decir existe una relación significativa entre Estrategia de Afrontamiento y Nivel de Sobrecarga.

En cuanto a la fundamentación científica, que dio origen a la investigación fue:

De acuerdo a la revisión bibliográfica existente, se puede corroborar que Grad y Sainsbury, (1963) propuso el término de “carga” por primera vez por al realizar la investigación para conocer qué efectos tenía sobre la vida cotidiana de las familias el hecho de tener a un miembro con una enfermedad psiquiátrica. Esta "carga" se definió como “cualquier coste para la familia”.

En los años 80, Zarit y su grupo de colaboradores consideraron la “carga de los cuidadores” como la clave para estudiar el desgaste ocasionado por el cuidado de personas con demencia, permitiendo establecer las repercusiones negativas que el rol tenía para los cuidadores, es decir permitió la comprensión de esta variable percibida en el cuidador, quien desempeña una labor en la atención de personas con dificultades físicas o psíquicas, que originan cierta dependencia.

Zarit (1987), define la sobrecarga del cuidador como un estado resultante de la labor de cuidar a una persona dependiente o mayor, un estado que altera el aspecto físico y mental del cuidador (Ribé, 2014, p. 27)

Dillehay y Sandys (1990), lo consideran como un estado psicológico efecto tanto de la acción física, la presión emocional y social, así como también de la dificultad económica que se desprende del cuidado de los pacientes (Ribé, 2014, p.27).

Como se indica, la presente investigación se fundamenta en la teoría de Zarit (1980) sobre la carga de los cuidadores informales.

Por otro lado, el afrontamiento es tomado en cuenta como el factor estabilizador, de modo que favorezca el ajuste personal y la adaptación frente a situaciones frustrantes. Por lo que es un término que hace referencia al esfuerzo para manejar el estrés, representaría las acciones que podría usar la persona para evitar ser afectadas por las adversidades comunes.

Autores como Lazarus y Folkman (1986) definen al afrontamiento como la acción que se lleva a cabo cuando hay presencia de amenaza por exceder sus recursos personales, en las que obliga al individuo a manejar de manera efectiva las demandas internas o externas con el objetivo de minimizar el estrés o evitarlo si es posible, para que de esta manera se recupere el equilibrio previo.

Zeidner y Hammer (1990), conceptúan el afrontamiento, como comportamientos que direccionan al individuo para el manejo efectivo de los estímulos estresores, experimentar menos síntomas o que éstos tengan una reacción menos severa una vez expuestos al dicho estímulo, o tener los recursos para

recuperarse con mayores posibilidades en comparación a otros (Morán, Landero y González (2009)

Por lo tanto, se denominan estrategias de afrontamiento a las acciones, conductas, actividades que los sujetos se inclinan a usar para amortiguar y si es posible, eliminar los efectos nocivos de situaciones dañinas.

Tal como lo indica Sandín (2003) los modos de afrontamiento facilitan modelos para revelar los contrastes en la adaptación al estrés; así también tienen que ver con las diferencias que presentan los sujetos a la mayor o menor exposición a estresores y del mismo modo presenta la diferencia entre aquellos estilos, recursos que usan los sujetos frente a situaciones amenazantes.

Por lo tanto, para este autor, los estilos de afrontamiento constituyen acciones más frecuentes, son decisiones personales para llevar a cabo una u otra estrategia que representa indirectamente las características personales y sociales en las que se basa el individuo para hacer frente a las demandas estresantes.

Justificación de la investigación

La investigación se justifica por los siguientes juicios:

En la actualidad hay muchos factores por los que se agrava la salud mental en nuestro país, dando lugar al aumento de los trastornos mentales. El Director del (INSM) Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” Humberto Castillo Martell, reveló que las atenciones en el Instituto se incrementaron de 16,973 a 29,212 entre 2012 y 2014, significando un incremento del 72.10 por ciento en solo 2 años. Entre estos tenemos la esquizofrenia, trastorno mental grave e incurable, los pacientes presentan anomalías en casi todas las esferas de la personalidad, tiene tendencia a la cronicidad y con el tiempo es incapacitante. La falta de recursos hospitalarios derivada del déficit económico permanente en nuestro país, el crecimiento del volumen de la población, origina el aumento de la demanda de los servicios psiquiátricos, condicionan, desde hace algunos años, las políticas sanitarias en salud mental, genera que los pacientes tengan atención ambulatoria y como lo menciona Caravedo Velaochaga, Camila (2015) la

familia tiene que satisfacer las necesidades que el paciente por sí mismo no puede realizar.

Las bases de la reforma psiquiátrica, exigen cada vez más a las familias a participar en el cuidado del paciente diagnosticado con trastornos psicóticos, para lo cual es necesario que uno de sus miembros asuma el papel de cuidador principal, es decir, una persona que permita que la otra pueda desenvolverse en su vida diaria, ayudándole a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional le impone. Al ser indispensable que las familias se hagan cargo del cuidado del paciente esquizofrénico, sin una capacitación previa, emprenden una tarea de gran responsabilidad, que de por sí, lleva algunos efectos colaterales con consecuencias adversas en su bienestar biopsicosocial, que ocasiona el desgaste en el cuidador informal, persona encargada, de generar las condiciones necesarias para ofrecerle mejor calidad de vida al paciente, quien dejando de lado sus actividades, se concentra a tiempo completo en su cuidado.

Actualmente para la comunidad científica y el cuerpo médico de la salud mental, no sólo es relevante conocer los efectos que ocasionan los problemas de salud en la persona diagnosticada con esquizofrenia sino que han reconocido al cuidador informal, como elemento sanitario de primer orden por su faceta de proveedor de atención y cuidado en las distintas áreas requeridas por el trastorno de la esquizofrenia, y que constituyen un grupo de riesgo, puesto que esa labor asistencial conlleva importantes repercusiones en su salud física mental por la carga que soportan, así como alteraciones en los lazos familiares por disfunciones en las dinámicas relacionales y sociales, lo que le ocasiona sobrecarga emocional, más aun tratándose de un trastorno mental como es la esquizofrenia, de gran impacto en la familia y la sociedad. Esta situación hace necesario, en primer lugar, una evaluación en base a parámetros que permitan determinar la condición de los cuidadores y su entorno familiar, en cuanto a la sobrecarga emocional y las estrategias más usadas ante eventos estresantes, en segundo lugar, desde un enfoque biopsicosocial, creemos que a partir de una comprensión más integral de las

variables asociadas con la “carga del cuidador” los resultados serán beneficiosos por que servirán de base para proponer programas de intervención multidisciplinar que respondan a las necesidades y expectativas del cuidado integral de la persona con esquizofrenia, apostando por un abordaje completo, garantizando de esa manera mejorar la calidad de vida del cuidador y por consiguiente la del paciente y su núcleo familiar, ya que el “apoyo informal” en base a su experiencia diaria en el desempeño de su rol puede anticiparse a ciertos sucesos, lo que permite tomar acciones y decisiones y que faciliten la convivencia de los pacientes esquizofrénicos en el seno familiar y la comunidad, como también que se aminore el impacto y las consecuencias que supone para la familia, el cuidado de su familiar.

Es necesario valorar la importancia del beneficio que obtiene el paciente esquizofrénico y la comunidad a la que pertenece, cuando su familia se hace cargo de su cuidado, por lo tanto, reconocer este beneficio, nos cuestiona la necesidad de atender a este grupo de personas asignados como cuidadores informales, capacitándolos y dotándolos de los instrumentos que les permitan preservar su salud. La realización de esta investigación, desde una valoración en el ámbito social, pretende proporcionar información y conocimientos acerca de la sobrecarga emocional que generan desgaste físico y mental, y cuáles son las estrategias más usadas ante estos eventos o situaciones por los cuidadores informales de pacientes diagnosticados con el trastorno de esquizofrenia en el centro de salud comunitaria “Frida Alyaza Cossio”.

Esta investigación, nos ha llevado principalmente a evaluar la “carga percibida” de los cuidadores informales, y las principales estrategias de afrontamiento, analizando la relación de ambas variables y el impacto de otros elementos, como el necesario apoyo profesional que contribuya a un manejo aceptable de la situación. La metodología empleada en el contexto de las normas establecidas para la investigación y los resultados detallados en función de los objetivos planteados nos permiten sostener, que nuestras conclusiones fundamentadas en el método científico, son de aplicación práctica para las instituciones que quieran tomarlas en consideración, y

además constituyen el inicio de futuras investigaciones en esta importante materia.

Problema.

La salud mental, hoy en día, es una necesidad emergente en salud pública, teniendo en cuenta que los trastornos mentales, son un problema de salud prioritario, no sólo debido a su elevada prevalencia sino también porque constituye una de las principales causas de incapacidad. En los últimos años, se ha llevado a cabo diversos estudios centrados en los cuidadores de pacientes dependientes y en las consecuencias que se derivan de la labor del cuidado.

Cuidar de un paciente con esquizofrenia, resulta una situación ardua, debido a las demandas que se afronta frente a las necesidades presentes en el familiar dependiente. Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV, 1995) la esquizofrenia es un trastorno grave del comportamiento. Según portal web de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), la esquizofrenia es un trastorno mental grave, que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, pero no es tan común como muchos otros trastornos mentales. Es más frecuente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones).

Por otro lado, el Sistema de Salud de la Universidad de Miami (2017) reporta en su portal web, que aproximadamente 2.4 millones de estadounidenses padecen de esquizofrenia. En México, uno de cada 100 habitantes sufre de esquizofrenia y el 50% carece de tratamiento, incluso de un diagnóstico claro, provocando la decisión de suicidarse o mueren a temprana edad, veinte años antes, en habitaciones traseras de sus casas o en las calles, según informó Alejandro Díaz Anzaldúa, coordinador de consulta externa de la dirección de servicios clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, en el portal web de NTR PERIODISMO CRÍTICO, un 17 de setiembre del presente año.

“En nuestro país como en la mayoría de los países occidentales, el nivel actual de provisión de servicios en salud mental resulta insatisfactorio por: i) el escaso desarrollo y aplicación de novedosas y más eficientes estrategias de atención intensiva e integrada a pacientes agudo y graves tanto en el nivel hospitalario como

comunitario; ii) el insuficiente crecimiento de los servicios intermedios comunitarios y de los programas para la atención a medio y largo plazo de las personas con enfermedad mental crónica.” (J. Vázquez p. 324). También la salud mental, se ha visto agravada de manera muy significativa debido a factores socioeconómicos y culturales como consecuencia de la crisis política, las diversas expresiones de violencia, el creciente consumo de sustancias adictivas y la grave situación de pobreza en la que vive la mayoría de peruanos. En el año 2013, el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) realizó un total de 5.498 atenciones por este trastorno, tal como se reporta en el portal web del Ministerio de Salud (2015).

Por todas estas consideraciones, prima la modalidad del tratamiento ambulatorio en los hospitales y centros de salud especializados en atención, a los pacientes de trastornos mentales incapacitantes como es la esquizofrenia, por ello, es preciso recurrir a la familia para el cuidado en el domicilio y generalmente esta responsabilidad recae en una persona que cumple el rol de cuidador de la persona diagnosticada con esquizofrenia. Por lo tanto, puede haber efectos negativos en el cuidador: agotamiento físico y mental. El cuidador lleva a cabo esfuerzos conductuales y cognitivos llamadas “estrategias de afrontamiento” para hacer frente a las demandas externas o internas que conlleva su tarea de cuidar.

Por lo tanto surge la necesidad de conocer cuál es el nivel de carga en el desempeño del rol de cuidador y con qué estrategias de afrontamiento cuenta para prevenir o detectar la sobrecarga emocional que puede dañar su salud. Por ello, como el primer paso, nos hacemos la pregunta que consiste en establecer:

¿Cuál es la relación significativa entre la sobrecarga y las estrategias de afrontamiento del cuidador informal de la persona con esquizofrenia en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío de Trujillo- 2017?

Para la presente investigación tenemos como marco referencial lo siguiente:

Sobrecarga emocional del cuidador

Existen diversas definiciones de “carga”, todas ellas se refieren a problemas, dificultades y acontecimientos adversos que sufre una familia cuando uno de sus miembros se enferma y que necesite ayuda para realizar sus actividades básicas de la vida diaria.

Gwyther (1986), define la carga como la dificultad constante de cuidar, a un integrante de la familia con algún tipo de incapacidad o deterioro, presentando problemas físicos, psicológicos y emocionales; problemas que experimentan o podrían estar experimentando los demás miembros de la familia. (Chacón y Valverde, 2014).

El término “carga” ha sido ampliamente utilizado para caracterizar las frecuentes tensiones y demandas sobre los cuidadores (Zarit 2002).

Otros autores han descrito la carga, como el impacto que al ejercer el cuidado tiene sobre la salud mental, la salud física, otras relaciones familiares, el trabajo y los problemas financieros del cuidador (Gaugler, Kane y Langlois 2000).

Para Flórez y Andeva (2006), definen al cuidador informal, como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales cotidianas o de sus relaciones sociales”. (Chacón y Valverde 2014)

En ocasiones, la dependencia del enfermo es tan elevada, que exige atención constante y eso puede provocar problemas de cambios de humor, agotamiento físico y mental en el cuidador, todo ello debido a que tienen más carga de la que puede asumir. Es lo que se llama, la Sobrecarga del Cuidador: fatiga emocional, un agotamiento emocional extremo que va relacionado con sensaciones de estrés y ansiedad, sentimientos de angustia o incluso depresión.

Este cuidado continuo, de hecho que afecta la homeostasis de la familia en sus diferentes dimensiones, sobre todo en la salud de los cuidadores. Esta situación, por ser de largo tiempo, se vuelve una carga creciente para las personas involucradas. Estas alteraciones físicas y psicológicas como respuesta a determinados estímulos

que se repiten, ponen en un mayor riesgo de estrés emocional, cansancio y diversas enfermedades, tanto físicas como mentales, con el consecuente agotamiento, disminución en la calidad de vida, tanto de los afectados por el trastorno mental como de sus cuidadores. Situación percibida como una carga extra.

En este sentido, la carga del cuidador enfatiza múltiples dimensiones, por lo que ha señalado Zarit (2002) haciendo referencia a que dicho término no puede ser tomado en cuenta como un único concepto, sino que tiene que ser manifestado dentro de un proceso multidimensional (Arandia y Partidas, 2015).

Tipos de Sobrecarga

Para Zarit (1980), existen dos tipos de cargas, la primera hace referencia a las dimensiones de carga subjetiva versus carga objetiva.

- Cargas subjetivas: Son los sentimientos y emociones negativas que suelen afectar al cuidador, aquellas reacciones emocionales que se desprenden de la acción de cuidar.
- Cargas objetivas: Hacen referencia al grado de perturbaciones o cambios que se presentan en el cuidado del paciente, según los aspectos físicos, sociales o cognitivos de la enfermedad, se origina en las labores de supervisión y estimulación del paciente

Dejando en claro, que muy distante de la diferenciación entre estos tipos de cargas, es indiscutible la presencia de diversas dimensiones o aspectos que engloba el cuidado de un paciente con dichas características, entre ellas se halla costes económicos, limitación del tiempo del cuidador, impacto sobre la vida social del cuidador, entre otras más.(Chávez, Fandiño, Mora y Aguirre 2015)

Otros autores, como Montorio Et Al (1998) incluyeron este concepto en otros modelos teóricos, haciendo referencia a la Sobrecarga que sufren los cuidadores familiares de pacientes dependientes, pueden ser considerados como una situación de estrés intenso, es decir, que es definida partiendo de un modelo derivado de la teoría general del estrés, tomando en cuenta tres dominios que deben ser entendidos en el

contexto en los que ocurren (estresores, mediadores y la presencia de efectos). Defienden, que la carga debe ser entendida como una valoración cognitiva moduladora de la relación entre estresores y la subsiguiente adaptación o equilibrio (Ribé 2014).

Cuidadores: Tipos y el Cuidador principal

Los cuidadores hacen referencia a personas o centros institucionalizados que se hacen cargo de las personas con algún nivel de dependencia. Son por tanto, padres, madres, hijos o hijas, familiares, personal contratado o voluntario (Arandia y Partidas, 2015).

Tipos de Cuidadores

Básicamente, en nuestro medio existen dos tipos de cuidadores (Navarro, (2004),

Cuidadores formales: son personas que se encargan de cuidar al enfermo de manera profesional no existiendo ningún parentesco con ésta, son personas capacitadas y preparadas para el desempeño de la labor requerida, por la cual reciben una remuneración.

Cuidadores informales: son aquellas personas que no cuentan con capacitación, es decir no tienen los conocimientos y las habilidades técnicas, para ejercer su labor que es sin un horario establecido menos son remuneradas por su labor, pero presentan un elevado grado de compromiso hacia su tarea, motivada por el afecto hacia su familiar. (Ribé, (2014).

Según los estudios, el 85% de cuidadores formales son mujeres, dedicadas a una importante labor diaria al cuidado de individuos con dependencias o discapacidades.

A diferencia de los que prestan los servicios formales (hospitales, centros de salud mental, casas asistidas, etc.), Los cuidadores informales, suelen convertirse en seres más vulnerables de padecer carga emocional, siendo posible padecer en un

futuro del Síndrome del Cuidador o Burnt-out o del “cuidador quemado” (Arandia y Partidas, 2015). No obstante constituyen la parte más importante y sólida en la asistencia de cuidados a los diagnosticados de esquizofrenia, y son quienes participan de modo minoritario en el cuidado prolongado de las personas dependientes que viven en la comunidad y representan la parte más visible de esta problemática del sistema de atención a la salud (Ribé, 2014).

El sistema familiar, es un recurso que realiza, lleva a la acción las tareas que los profesionales recomiendan. Al analizar objetivamente la situación, es evidente que tanto el sistema formal como informal se complementan, por lo tanto, se deben investigar métodos de cooperación e interrelación de forma efectiva entre ambos.

El cuidador principal

Función principal del cuidador: Permite que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional les impone, (Dwyer, Lee y Jankowski 1994), lo cual obliga a que exista un familiar denominado cuidador principal o informal, que mayormente, se define como la persona que pasa más horas al día atendiendo y cuidando al familiar enfermo (Ribé 2014).

Torrealba (2012) asevera que los estudios realizados en los últimos veinte años, permiten afirmar, que el cuidador informal, se ve expuesto a una situación de estrés que incrementa el riesgo de padecer diversos problemas emocionales, especialmente ansiedad y depresión.

También están documentados los disturbios relacionados con el sueño e índices elevados de sobrecarga. Por lo tanto, se evidencia, que para las personas encargadas de cuidar a pacientes con esquizofrenia, es necesaria la aplicación de estrategias encaminadas a la ayuda del afrontamiento, dotando de herramientas que protejan la salud mental y que haga su labor más eficiente en el cuidado de su familiar, el paciente psiquiátrico.

Velásquez, A. (2015) sostiene que generalmente los pacientes con problemas mentales, necesitan el apoyo y cuidado de individuos que puedan velar por su salud y

seguridad, especialmente la familia. Por lo tanto debido a las constantes necesidades de las personas con esquizofrenia, así como por diversas condicionantes sociales, culturales y económicas, es común que el cuidado de estos pacientes recaiga sobre familiares directos que puedan responder a sus problemas.

Es por esto, de suma importancia, pensar en términos de compromiso colectivo y no de responsabilidad familiar, donde se debería fomentar y promover el deber compartido entre ambos sistemas, formal e informal, para un mejor resultado.

Factores que influyen sobre el nivel de carga del cuidador “Informal”

González, M. Saiz, P. Martínez, P. Bascarán, M. y otros (2013) sostienen que son diferentes factores los que intervienen en el nivel de carga del cuidador: las características del paciente y su enfermedad, las características del cuidador y las características del apoyo de servicios del sistema de salud mental. Los estudios concuerdan, en que los cuidadores de los pacientes con esquizofrenia, presentan mayor nivel de carga subjetiva que los cuidadores de personas con enfermedades físicas, mientras que la carga objetiva no difiere entre ambos tipos de enfermedades.

Este nivel de carga subjetiva puede ser atribuida a distintos factores, entre los que se encuentran los siguientes: (a) los síntomas psiquiátricos son más difíciles de comprender que los síntomas físicos, (b) la sobrestimación de la capacidad del paciente para controlar sus síntomas por parte de los familiares, con los consiguientes sentimientos de frustración y estrés, (c) el estigma social de los trastornos mentales y el rechazo a estos pacientes, (d) la edad de inicio precoz de la esquizofrenia y lo inusual de tener que cuidar a una persona joven, y (e) la poca información en los medios de comunicación sobre las enfermedades mentales.

Principales síntomas Psicosomáticos de la sobrecarga del cuidador:

Sensación de cansancio, cefaleas, dolores musculares, dolores articulares, problemas digestivos (indigestión, gastritis, estreñimiento o diarrea), taquicardias, hipertensión, alteraciones del sistema inmunológico, problemas respiratorios, problemas en la piel (erupciones, manchas), dificultad para concentrarse, problemas de memoria, trastornos de sueño, consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias adictivas sin

control, no cuida sus propias necesidades, descuida su atención personal, tiene problemas para relajarse, incluso cuando tiene ayuda disponible, agotamiento continuo sin recursos emocionales ante situaciones del entorno, cambios frecuentes de humor o de estado de ánimo, irritabilidad, expresa indefensión y desesperanza, insatisfacción con la tarea, desmotivación por actividades que antes le proporcionaban satisfacción, autopercepción negativa frente a las competencias y posibilidades de éxito, resentimiento contra otras personas que podrían ayudar y no lo hacen, deterioro de las relaciones interpersonales, aislamiento familiar y social, ansiedad alimenticia (anorexia, bulimia), ansiedad, depresión.

Definición de Afrontamiento.

En el momento actual que nos toca vivir, el ser humano, inmerso dentro de la modernidad y la globalización, está bajo exigencias y presiones de diferente índole, lo cual, si se mantienen por un largo tiempo, pueden presentarse desbordantes para el individuo y lo que sobre pasa los límites de la tolerancia, causa estrés emocional crónico, con los consecuentes daños a su salud física mental social, por lo tanto, se necesita realizar esfuerzos con el fin de reducir o mitigar las consecuencias negativas de dichos eventos, a estas acciones lo llamamos afrontamiento.

El tema de esta investigación, es considerar el afrontamiento en la sobrecarga de los cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia, tema profundamente tratado por Lazarus y Folkman (1986) que definen el afrontamiento, como un conjunto de respuestas emocionales, cognitivas y conductuales, que median la experiencia de estrés y que tienen como finalidad reducir la respuesta fisiológica y emocional del mismo.

Figuerola, M.; Contini, N.; Betina, A; Levín, M; Estévez, A (2005) en cuanto a la definición, diversos autores coinciden en señalar que se entiende por estrategias de afrontamiento, el conjunto de respuestas como pensamientos, sentimientos y acciones que son usados por los sujetos para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que esta situación le genera.

Las estrategias de afrontamiento, son los esfuerzos conductuales y cognitivos que lleva a cabo el individuo para hacer frente al estrés emocional; es decir, para tratar tanto con las demandas externas o internas generadoras del estrés, como con el malestar psicológico que suele acompañar al estrés (Sandín, 1995).

Por los años 70, Richard Lazarus y Susan Folkman, propusieron el denominado “modelo cognitivo-transaccional” o “modelo interactivo” del estrés, en una obra que se tradujo al castellano como “Estrés y procesos cognitivos”. Se publicó en el año 1984).

Lazarus (2000) indica que es inapropiado definir el estrés psicológico como estímulo o suceso provocador (el estresor) propuesta por T.H. Holmes y R.H. Rahe, que busca el estrés en el exterior no en la persona, lo asocian con los estímulos ambientales, de ahí que esta teoría sea la más cercana a la idea popular del estrés. O como respuesta, se refiere a la reacción orgánica generada por el estresor; propuesta por Hans Selye (1936) que dio lugar al síndrome general de adaptación, en este proceso, por parte del organismo, se distingue las fases de alarma, de resistencia o adaptación y fase de agotamiento. En la fase de alarma, supone la activación del eje hipofisopararrenal; donde puntualiza al estrés, como una respuesta no específica del organismo ante las demandas que se le hace. Para Selye, el estrés, es un conjunto de signos y síntomas específicos en su manifestación pero inespecífica en su causa, puesto que cualquier estímulo podría provocarla, estos pueden ser físicos, psicológicos, cognitivos conductuales emocionales. Por lo tanto, Lazarus y Folkman(1986) consideran en la Teoría transaccional del estrés, que el llamado estrés psicológico, es una relación particular entre el individuo y su entorno, donde el propio sujeto lo evalúa como amenazante y que pone en peligro su bienestar. A esta evaluación cognitiva, lo definen como el mediador cognitivo de la reacción de estrés; proceso universal mediante el cual las personas valoran constantemente la significación de lo que está ocurriendo, relacionado con su bienestar personal (Sandín, 1995).

En esta teoría del modelo interactivo, Lazarus y Folkman identifica 2 clases de procesos: Evaluación Cognitiva y Afrontamiento donde el afrontamiento, es un

factor mediador entre el estresor y la adaptación física y psíquica del individuo, dentro de un proceso. En el día a día constatamos que no todos los individuos reaccionan igual ante un mismo estresor, lo cual lleva a pensar en la existencia de procesos mediadores o moduladores del impacto de la situación y la forma de responder ante ella.

La Evaluación cognitiva, identifica la tendencia amenazadora del estrés en el individuo, y la evaluación de los recursos necesarios, es decir, los recursos personales disponibles para hacer frente, minimizar, tolerar o eliminar los factores de estrés emocional. Actuando como factor mediador en esa relación de estrés que se establece entre las personas y la situación, determinando el tipo de consecuencias que se deriven de esa interacción.

El ser humano, constantemente está evaluando el significado de lo que ocurre a su alrededor. En ese sentido, otorgamos un significado particular a las diferentes demandas a las que estamos expuestos, evaluándolas como insignificante, buena o mala, es decir, situaciones potenciales que pueden poner en riesgo nuestro estado de homeostasis y bienestar.

El estrés implica la interacción entre el individuo y su entorno, si se percibe una situación como amenazante, se realiza una evaluación de los propios recursos para contrarrestarla. En todo este proceso, los factores personales, las creencias y compromisos así como las características propias de las situaciones van a determinar la evaluación de un acontecimiento como estresante (Reynoso, 2005; Rodríguez-Marín, 1995).citado por Torrealba (2012)

Dicho de otra manera, el afrontamiento, se define como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales para minimizar los efectos dañinos del estrés. Cuando la persona en su valoración frente a la situación estresante, estima que posee la capacidad necesaria para hacer frente a un suceso estresante, tienden a valorar dicho suceso como un reto, lleva a cabo acciones de afrontamiento más enfocadas y presenta un mejor ajuste psicológico. Este tipo de valoración secundaria se ha asociado también con niveles más altos de autoestima, optimismo, bienestar emocional y resiliencia.

Fases de la evaluación:

La evaluación se realiza en dos fases, primaria y secundaria.

La fase Primaria, evalúa la situación y el impacto del evento estresante para la persona, es decir, el grado de importancia de la situación que la persona percibe. Esta evaluación primaria, puede ser de tres tipos: irrelevante, positiva o estresante, que a su vez pueden valorarse de tres formas diferentes: valoración de amenaza, cuando se anticipa peligro, daños o pérdidas, implica la valoración del potencial lesivo del estresor. Valoración de desafío, anticipación de amenaza en la que hay posibilidad de ganancia, implica la valoración de la capacidad de control de la situación. Valoración de daño o pérdida cuando ha habido algún perjuicio o daño. Lazarus y Folkman, distinguen los tres tipos de valoración primaria del medio y sus demandas, que no son excluyentes entre sí, y toda condición tendrá un cierto grado de las tres: en el caso de percibir amenaza, desafío o pérdida; seguidamente se produce un segundo proceso cognitivo para valorar la disponibilidad de los recursos y habilidades necesarias para hacer frente a las demandas de la situación (Lazarus y Folkman, 1984).

En la evaluación Secundaria, se analizan las disponibilidades del sujeto, se valoran las habilidades personales de afrontamiento y la persona percibe los recursos que tiene para resolver la situación de manera efectiva, pueden ser físicos, psicológicos, sociales, materiales como dinero, médicos. Una vez valoradas la situación y los recursos personales, se pasa a generar las estrategias de afrontamiento que puedan resolver el problema y también controlar las emociones (Lazarus y Folkman, 1984).

Las estrategias de afrontamiento, tienen un papel determinante, ya que influyen sobre la valoración que el sujeto hace de la situación y sobre la respuesta de estrés, siendo mediadoras y determinantes de la misma.

Si la persona cuenta con los recursos necesarios para resolver la situación, aumentará sus expectativas para solucionarla, influyendo por tanto en la valoración primaria, y da lugar así, a que la persona elabore inmediatamente una respuesta

potencial de afrontamiento, conllevando efectos emocionales (Chang, 1998; Zohar y Brandt, 2002; Zohar y Dayan, 1999).

Tipos de Afrontamiento.

Existen dos polaridades en el estudio de las estrategias de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984).

- **Afrontamiento centrado en el problema:** estrategias de resolución de problemas, son aquellas destinadas a manejar o provocar cambios en el problema que está generando malestar e intranquilidad en el cuidador.

Se centra a la realización de conductas que cambien la fuente de estrés, trata de modificar las circunstancias presentes, inclusive modificarse uno mismo, esto se pone en práctica, cuando la persona valora la situación problema como posible de ser tratada o superada con acciones preventivas, o correctoras, en otras palabras, cuando ella cree que se puede hacer algo por resolver el problema, como generar soluciones alternativas, es decir, la planificación para la resolución del problema y la confrontación.

- **Afrontamiento centrado en las emociones:** estrategias de regulación emocional, son los métodos dirigidos a moderar la respuesta emocional ante el problema. Está dirigido a controlar la repercusión emocional provocada por la situación estresante; para ello la persona desarrolla diferentes acciones: de comportamiento, distractoras, sociales, o cognitivas, como la reestructuración de la situación estresante o la negación de la misma. Este estilo de afrontamiento, se utiliza predominantemente cuando la persona evalúa que no puede hacer nada o muy poco para cambiar la situación real que le genera problema, pero, ayudará a dominar o regular de alguna forma las emociones angustiosas que ésta le genera.

Características del Afrontamiento

La capacidad de afrontamiento que posee una persona, son las formas que tiene para manejar las dificultades, presentan una fuerte influencia en la manera como se identifica y se trata de resolver los problemas. Al exponer capacidades, se

hace referencia a aquellos recursos que poseen las personas para responder a las situaciones de la vida, en las que incluyen sus expectativas, temores, habilidades, deseos, van a influenciar enormemente sobre el estrés que se experimenta y la forma de cómo lo maneja (Arandia y Partidas, 2015).

Los estilos o estrategias usados por una personas para enfrentar una situación definida como estresante, no garantiza de modo automático que el resultado será efectivo, ya que afrontamiento no se refiere directamente a los resultados de éxitos o fracaso implicados en el proceso, sino, más bien, al trabajo arduo que se pone en marcha para lograr resultados deseados.

Cabe resaltar entonces, que cada persona elegirá e intentará manejar el evento de un modo diferenciado, debido a que los recursos, características y habilidades de cada persona son diferentes.

Estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento

Ante las situaciones consideradas estresantes un individuo reacciona haciendo su propia evaluación, la misma que consta de dos momentos, después de calificar el momento primario, el secundario viene determinado por los recursos que se dispone, las creencias existenciales, las creencias generales, dando lugar al origen de dos constructos que podrían ser similares: los estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento. Para Fernández Abascal (1997), los estilos de afrontamiento se refieren a una propensión personal para hacer frente a las situaciones; es decir, que hay una marcada influencia de las características de la personalidad (Suls, David y Harvey, 1996), y son los responsables de la inclinación o preferencia personal en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento así como de su estabilidad temporal y situacional. En cambio, el uso de las estrategias de afrontamiento serían de acuerdo a cada situación o contexto por lo que no son estables sino cambiantes (Sandín, Chorot, Santed y Jiménez, 1995).

Otros autores (Pelechano, 2000), han considerado que se complementa ambos conceptos de consistencia y estabilidad o situacional y consistente, siendo los estilos

formas estables y estrategias de afrontamiento serían acciones y comportamientos más específicos de la situación. . Igualmente, otros estudios han combinado las perspectivas disposicional y contextual y han apoyado la vinculación de ambos constructos (p.e., Bouchard, 2003; David y Suls, 1999; Moos y Holahan, 2003).

Podemos decir, que los modelos dinámicos de estrés, asumen que la respuesta de estrés, es fruto de una continua interacción entre el sujeto y su medio, de tal manera que la situación será percibida o valorada como estresante o no por el individuo, con independencia de las características objetivas del suceso. Por lo que, se considera al afrontamiento, como un proceso con determinaciones múltiples, que incluye tanto aspectos de situación como preparación personales, como lo sostienen diferentes autores, (Carver y Scheider, 1994; Folkman y Moskowitz, 2003; Labrador, 1992; Labrador y Crespo, 1993; Pelechano et al., 1993; Sandín, 1995).

Son muchas las situaciones estresantes por las que pasan las personas en su vida diaria, pero el impacto no es el mismo en todas las personas, por lo que hay también hay diferente manera de hacer frente a la situación; es decir, que su reacción no es la misma, algunos ponen en marcha todas sus cualidades y habilidades, actúan de forma directa centrándose en la solución del problema, o que disminuya el impacto, se hace referencia a los esfuerzos dirigidos a modificar las demandas ambientales causantes del estrés. En otros casos el afrontamiento se dirige a reducir el estado emocional negativo o eliminar los sentimientos negativos originados por la situación estresante. Otros intentan negar la situación distrayéndose u olvidándose de lo que pasa, mientras que otros, solo aceptan con resignación sin procurar un cambio. Lazarus (2000) sostiene, que depende del contexto del problema al que se enfrenta y del tipo de persona de que se trata, por lo tanto, el afrontamiento debe ser adaptable a las necesidades de la situación y, por su parte, la persona tiene que aprender cómo ajustarse a las nuevas circunstancias.

Elegir un modo o varios de afrontamiento, vendrá determinado por el proceso de evaluación de la situación y de la valoración que hagamos de nuestros recursos (Lazarus y Folkman, 1984). Todos los modos pueden ser útiles, dependiendo de las

situaciones y del problema, por lo que, las estrategias de afrontamiento no deberían ser categorizadas como buenas o malas, sino que la efectividad de las mismas depende de la situación en la cual son usadas. (Lazarus y Folkman (1984 / 1986).

La Esquizofrenia

La esquizofrenia ha mantenido a lo largo de los años, los criterios establecidos por Kraepelin, E. (1856-1926), E. Bleuler (1857 1940) y Schneider. K.(1887-1967)

La esquizofrenia, se incluye en el grupo de los trastornos psicóticos, es un trastorno mental grave, incurable neurodegenerativo, que afecta al paciente deteriorando sus capacidades en diversos aspectos psicológicos, como el pensamiento, la percepción, el lenguaje, las emociones o la voluntad. Los pacientes esquizofrénicos pueden perder el contacto con la realidad (psicosis), pueden sufrir de persecuciones perturbadoras, alucinaciones, auditivas, visuales, kinestésicas, delirios, (creencias falsas), tener pensamientos anormales y alteración del funcionamiento social y laboral. Se ha convertido en un problema social de vital relevancia en millones de familias y para entidades nacionales de la salud a nivel internacional, puede afectar al desempeño educativo y laboral. Generalmente empieza antes de los 25 años, y se da en todas las clase sociales.

Los tipos de esquizofrenia están definidos por los síntomas que predominan en la evaluación del paciente con esquizofrenia. Para su diagnóstico, se utilizan dos manuales que clasifican las enfermedades psiquiátricas y que son el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría y la Clasificación internacional de las enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las versiones más recientes son CIE-10 y DSM-V

Criterios según DSM-5

Los síntomas de la esquizofrenia, se dividen en positivos y negativos.

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. Ideas delirantes.
2. Alucinaciones.
3. Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia).
4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
5. Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia, anhedonia, pérdida volitiva, respuestas emocionales reducidas: apatía, aislamiento social.

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Criterios de la Clasificación Internacional de las Enfermedades describe la esquizofrenia como un trastorno que se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas estrategias de regulación emocional, son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema. Forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. (CIE-10), F20-29

El requisito habitual para el diagnóstico de esquizofrenia es la presencia como mínimo de un síntoma muy evidente, o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos de uno a cuatro; o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el cinco y el ocho, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más. Los cuadros que reúnan otras pautas pero de una duración menor a un mes (hayan sido tratados o no) deberán ser diagnosticados en primera instancia como trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico y reclasificados como esquizofrenia si el trastorno persiste por un período de tiempo más largo. El primer síntoma de la lista precedente se aplica sólo a

la esquizofrenia simple y requiere, por lo menos, una duración de un año. (Pautas para el diagnóstico según la (CIE-10 F20-29).

Causa de la esquizofrenia

- El origen de la esquizofrenia no se conoce con certeza, no obstante, en los últimos años, se han logrado algunos avances que permiten señalar diversos factores responsables del trastorno como alteraciones precoces del desarrollo del cerebro. La primera responsabilidad se debe a determinadas condiciones hereditarias o genéticas, neuroquímica, alteraciones cerebrales, alteraciones funcionales, electrofisiológicas y neuropsicológicas, complicaciones en el parto, infecciones por virus. Por el momento, ninguna de estas causas posibles se ha demostrado como definitiva y las investigaciones prosiguen para confirmarlas. (Ey, H p.550)

Tipos de esquizofrenia:

- Esquizofrenia paranoide: predominio de ideas delirantes y alucinaciones.
- Esquizofrenia catatónica: trastorno del movimiento o movimientos motores
- Esquizofrenia desorganizada o hebefrénica: predomina un afecto no apropiado.
- Esquizofrenia indiferenciada: no predomina un síntoma concreto.
- Esquizofrenia residual: es la fase en la que los síntomas negativos son más evidentes.
- Los trastornos psicóticos más prolongados y/o más recurrentes leves se han denominado también esquizofrenias borderline.

Tratamiento:

El tratamiento de la esquizofrenia, requiere de una acción multidisciplinar. “No pueden oponerse entre sí los medicamentos y los otros tratamientos biológicos, las psicoterapias individuales a las de grupo, las terapias familiares a las institucionales, sino que deben ser utilizadas conjuntamente, en la mayoría de los casos, como

medios distintos que responden a distintos niveles de la organización de la enfermedad”.(Ey p. 573).

En el tratamiento se combina el tratamiento médico, basado fundamentalmente en fármacos llamados antipsicóticos, que pueden ser típicos o convencionales, los cuales controlan los síntomas positivos o activos, y los antipsicóticos atípicos o de segunda generación, que actúan en el equilibrio de los neurotransmisores del cerebro, pero es necesario y a la vez complementario, que el enfermo reciba un tratamiento psicosocial (psicológico, ocupacional y social), es importante, que recupere sus hábitos de vida, que esté durante todo el día ocupado, que tenga su grupo de amigos, es decir, la integración en la sociedad. Por lo que son importantes las terapias, individual, terapia de grupo, terapia familiar.

Hipótesis:

Hi: Existe una correlación significativa entre la sobrecarga y las estrategias de afrontamiento del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, Trujillo.

Ho: No existe una correlación significativa entre la sobrecarga y las estrategias de afrontamiento del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, Trujillo.

Objetivos:

Objetivo General

Establecer la relación entre la sobrecarga emocional y las estrategias de afrontamiento del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, Trujillo.

Objetivos Específicos:

- Determinar el nivel de sobrecarga emocional del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, Trujillo.
- Determinar el nivel de afrontamiento del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, Trujillo.
- Establecer la relación entre el impacto del cuidador informal y la estrategia de búsqueda de apoyo social del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, Trujillo.
- Establecer la relación entre el impacto del cuidador informal y la estrategia de expresión emocional abierta en el cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, Trujillo.
- Establecer la relación entre el impacto del cuidador informal y la estrategia de religión en el cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, Trujillo.
- Establecer la relación entre el impacto del cuidador informal y la estrategia focalizado en la solución del problema del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, Trujillo.
- Establecer la relación entre el impacto del cuidador informal y la estrategia de evitación del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, Trujillo.
- Establecer la relación entre el impacto del cuidador informal y la estrategia de auto focalización negativa del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, Trujillo.
- Establecer la relación entre el impacto del cuidador informal y la estrategia de reevaluación positiva del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, Trujillo.
- Establecer la relación entre la relación interpersonal del cuidador informal y la estrategia de búsqueda de apoyo social del cuidador informal de pacientes

esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, Trujillo.

- Establecer la relación entre la relación interpersonal del cuidador informal y la estrategia de expresión emocional abierta del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, Trujillo.
- Establecer la relación entre la relación interpersonal del cuidador informal y la estrategia de religión del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, Trujillo.
- Establecer la relación entre la relación interpersonal del cuidador informal y la estrategia focalizado en la solución del problema del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, Trujillo.
- Establecer la relación entre la relación interpersonal del cuidador informal y la estrategia de evitación del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, Trujillo.
- Establecer la relación entre la relación interpersonal del cuidador informal y la estrategia de auto focalización Negativa del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, Trujillo.
- Establecer la relación entre la relación interpersonal del cuidador informal y la estrategia de reevaluación positiva del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, Trujillo.
- Establecer la relación entre las expectativas de autoeficacia del cuidador informal y la estrategia de búsqueda de apoyo social del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, Trujillo.
- Establecer la relación entre las expectativas de autoeficacia del cuidador informal y la estrategia de expresión emocional abierta del cuidador informal de pacientes

esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, Trujillo.

- Establecer la relación entre las expectativas de autoeficacia del cuidador informal y la estrategia de religión del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, Trujillo.
- Establecer la relación entre las expectativas de autoeficacia del cuidador informal y la estrategia focalizado en la solución del problema del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, Trujillo.
- Establecer la relación entre las expectativas de autoeficacia del cuidador informal y la estrategia de evitación del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, Trujillo.
- Establecer la relación entre las expectativas de autoeficacia del cuidador informal y la estrategia de auto focalización negativa del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, Trujillo.
- Establecer la relación entre las expectativas de autoeficacia del cuidador informal y la estrategia de reevaluación positiva del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, Trujillo.

Conceptuación y operacionalización de las variables.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Instrumento	Dimensión	Indicadores	Ítems	Escala de Medición
Sobrecarga Emocional	Es un estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente o mayor, un estado que amenaza la salud física y mental del cuidador, la dificultad física persistente de cuidar y los problemas físicos, psicológicos y emocionales que puede estar experimentando o ser experimentado por el cuidador. Zarit (1987).	Valoración cuantitativa y cualitativa mediante la Escala que se establece por medio de ítems con una escala tipo Likert de 4 puntos de tres dimensiones: Impacto del cuidado – sobrecarga, Relación interpersonal y Expectativas de autoeficacia. Se recoge una puntuación directa global relacionándola a una valoración cualitativa.	Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit	Impacto del Cuidado.	Alteración en las relaciones sociales. Dependencia del paciente. Pérdida de la privacidad y del tiempo libre. Problemas de salud. Responsabilidades extras. Percepciones del grado de sobrecarga.	1,2,3,7,8,10,11,12,13,14,17 y 22.	Nominal No sobrecarga : ≤ 47 Sobrecarga leve: 48 – 56 Sobrecarga intensa: ≥ 57
				Relación interpersonal.	Problemas psicoemocionales. Problemas familiares. Dudas para delegar.	4, 5, 6, 9,18 y 19.	
				Expectativas de autoeficacia.	Capacidad del cuidado. Problemas económicos.	15, 16,20 y 21.	

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Instrumento	Dimensión	Ítems	Escala de Medición
Afrontamiento del Estrés	Son los esfuerzos conductuales y cognitivos que lleva a cabo el individuo para hacer frente al estrés; es decir para tratar tanto con las demandas externas o internas generadoras del estrés, como con el malestar psicológico que suele acompañar al estrés (Sandín, 1995).	Valoración cuantitativa y cualitativa mediante el Cuestionario que se establece por medio de ítems con una escala tipo Likert de 4 puntos de Siete dimensiones. Se recoge una puntuación directa global relacionándola a una valoración cualitativa.	Cuestionario de Afrontamiento CAE.	Búsqueda de Apoyo Social (BAS)	6,13,20,27,34 y 41	Nominal Bajo Medio Alto
				Expresión emocional Abierta (EEA)	4, 11, 18, 25,32 y 39.	
				Religión (RLG)	7,14,21,28,35 y 42	
				Focalizado en la Solución del Problema (FSP)	1, 8, 15, 22,29 y 36.	
				Evitación (EVT).	5,12,19,26,33 y 40	
				Autofocalización negativa (AFN)	2.9.16.23.30 y 37.	
				Reevaluación Positiva (REP)	3,10,17,24,31 y 38	

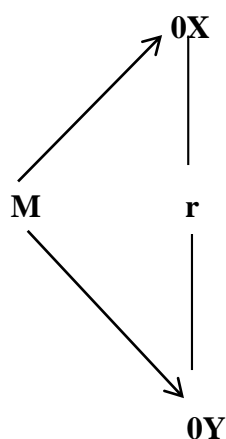
1. Metodología

Tipo y Diseño de Investigación

El presente estudio es no experimental, porque no hay manipulación intencional ni asignación al azar, es decir, que no se manipula deliberadamente las variables, es observar los fenómenos que se dan en su contexto natural para después analizarlo. Y de corte transversal, en vista que busca describir las variables en la realidad estudiada en un momento dado (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Se empleará el diseño descriptivo, correlacional, estos estudios describen relación entre dos o más variables en un momento determinado. Se trata de descripciones, pero no de variables individuales sino de sus relaciones (Taboada, 2005). Es decir, es donde se busca valores para las variables que se estudian, luego se analiza relacionándolas. Para Hernández, Fernández y Baptista (2014) es un tipo de estudio, que tiene como propósito, evaluar la relación que exista entre dos o más conceptos categorías o variables (en un contexto en particular). Es decir, mide cada variable presuntamente relacionada y después también mide y analiza la correlación. Tales correlaciones se expresan en hipótesis sometidas a prueba.

El diagrama para el diseño de la presente investigación es:



Dónde:

M: Población de cuidadores informales de personas con esquizofrenia

OX: Representa la observación a la variable de sobrecarga emocional (Test Zarit)

OY: Evaluación de estrategias de afrontamiento (Test CAE)

r: Relación entre variables.

Variables

V1 Sobrecarga Emocional

La sobrecarga del cuidador es un estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente o mayor, un estado que amenaza la salud física y mental del cuidador, la dificultad física persistente de cuidar y los problemas físicos, psicológicos y emocionales que puede estar experimentando o ser experimentado por el cuidador. Zarit (1987, citado por Ribé, 2014).

Dimensiones:

- Impacto del cuidado
- Relación interpersonal
- Expectativas de autoeficacia

V2 Estrategia de afrontamiento.

Desde aquí, Lazarus y Folkman (1984) definen al afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para operar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Dimensiones:

- Búsqueda de apoyo social (BAS)
- Expresión emocional abierta (EEA)
- Religión.(RLG)
- Focalizado en la solución del problema (FSP)
- Evitación (EVT)

- Autofocalización negativa (AFN)
- Reevaluación positiva. (REP)

Población y Muestra:

Población:

La población objeto de estudio estuvo integrado por los 30 cuidadores de pacientes, que asisten a consulta al Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío” de Trujillo.

Se consideró, que el 100 % de la población de esta investigación, quedó conformada por la misma cantidad de la población objetivo, siendo los 30 cuidadores de pacientes que asisten a consulta al Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío” de Trujillo

Criterios de inclusión: El cuidador que fue el principal cuidador

Criterios de exclusión: Se excluyeron los cuidadores que no son habituales. A cuidadores de pacientes con trastorno mental orgánico u otros trastornos psiquiátricos.

Técnicas e instrumentos de investigación.

Técnica: La técnica a emplear en la presente investigación es:

- Análisis de documentos.

Consiste en recopilar y sistematizar información de fuentes secundarias contenidas en libros, artículos de revistas e investigaciones. Su propósito es sistematizar la información y hacer uso de procedimientos analítico cualitativos e interpretativos. Nos permitió elaborar el planteamiento del problema, marco teórico y antecedentes de la investigación.

- Evaluación Psicométrica:

De forma no directa se recoge la información de la muestra estructurada de la sobrecarga emocional y las estrategias de afrontamiento a partir de la aplicación de los siguientes instrumentos:

Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. (ZCBI)...

Cuestionario Estrategias de Afrontamiento CAE.

Instrumentos.

Hoy en día, se tiene a la mano múltiples instrumentos desarrollados para medir de alguna forma la carga objetiva o subjetiva a la que sometidos los cuidadores de personas con enfermedades crónicas e incapacitantes. Sin embargo hay que admitir que dichos instrumentos son muy complejos, extensos o no miden de forma adecuada la problemática de los cuidadores informales. Entre estos instrumentos, el más usado en diferentes ámbitos geográficos, sociales y culturales es la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, que es aplicado a la evaluación de las diferentes dimensiones de la salud física y mental de cuidadores de personas con diversas enfermedades o trastornos mentales como la esquizofrenia.

Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit: (ECCZ)

Esta escala se validó inicialmente por Montorio en 1998.

En la presente investigación, utilizaremos el instrumento “Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit” por ser el más difundido, mostrando una adecuada validez y fiabilidad. ésta posee 22 ítems; a lo que las respuestas son tipo Likert de 5 puntos, presenta tres dimensiones subyacentes a la carga del cuidador como: impacto del cuidado, carga interpersonal y expectativas de autoeficacia.

Puntuaciones más altas indican mayor grado de sobrecarga. La versión original en inglés, que tiene copyright desde 1983, consta de un listado de 22 preguntas con respuestas tipo likert, que describen el sentir de los cuidadores ante el cuidado; Anexo N^o 1

Identificación:

Nombre: Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (ZCBI)

Nombre original: Zarit Care Burden Interview (ZCBI)

Autores: Zarit, Rever y Bach-Peterson

Administración: Individual o Colectiva

Adaptación española: (Martín, Salvadó, Nadal, Miji, Rico, Lanz y Taussig, 1996) Esta escala fue aplicada a 92 cuidadores de pacientes de la tercera edad con trastornos psiquiátricos. Se realizó un análisis factorial. El instrumento mostró una alta consistencia interna con un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.91.

Descripción

Tipo de instrumento: Cuestionario

Objetivos:

Diseñado para valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga sentida por el cuidador principal de una persona con trastorno mental. Explora los efectos negativos sobre el cuidador en distintas áreas de su vida: salud física, psíquica, actividades sociales y recursos económicos.

Población: Cuidadores adultos

Número de ítems: 22

Descripción:

Los 22 ítems tienen formato de pregunta, que el cuidador debe responder en una escala tipo Likert de 5 puntos (0 = Nunca; 1 = Casi nunca; 2 = A veces; 3 = Bastantes veces (frecuentemente); 4 = Casi siempre).

Fiabilidad: Esta herramienta presenta gran confiabilidad. La consistencia interna arroja un coeficiente alfa de Cronbach de $0,948 > 0.70$. Anexo 2

Validez: Consistente y coherente y confieren validez.

Corrección e interpretación:

La puntuación total es la suma de todos los ítems y el rango oscila entre 22 y 110. A mayor puntuación, mayor nivel de carga presentará el cuidador. No existen normas o puntos de corte establecidos. En la versión española se proponen como puntos de corte los siguientes: 22-46 (no sobrecarga), 47-55 (sobrecarga leve); y 56-110 (sobrecarga intensa).

Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CAE) ANEXO 3

Nombre del test: Cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE).

Nombre del test en su versión original: The Coping Strategies Questionnaire

Autor de la adaptación española: Sandín y Paloma Chorot 2003.

Fecha de la última revisión del test en su adaptación española: 2015.

Administración: Individual o Colectiva.

En aplicación individual: Variable.

Tiempo estimado para la aplicación del test: aproximadamente 25 minutos.

Objetivo:

El Cuestionario de afrontamiento del estrés, es una medida de autoinforme diseñada para evaluar siete estilos básicos de afrontamiento: 1) Búsqueda de apoyo social, 2) Expresión emocional abierta, 3) Religión, 4) Focalizado en la solución del problema, 5) Evitación, 6), Auto focalización negativa, 7) Reevaluación positiva.

Descripción: Este instrumento consta de 42 reactivos presentados en una escala tipo Likert cuya puntuación Va de (de 0 = nunca, 1= Pocas veces, 2= a veces, 3= Frecuentemente, 4 = casi siempre). Registra la frecuencia con que los participantes emplean siete formas de afrontamiento: Las 7 formas de afrontamiento se agrupan en 2 factores de orden superior, el primero corresponde a una dimensión relacionada fundamentalmente con el problema o la situación estresante y con componentes racionales, en tanto que el segundo factor representa el componente emocional del afrontamiento (Sandín y Chorot, 2003).

Fiabilidad: El Instrumento posee adecuada confiabilidad. Alfa de Cronbach 0.944> 0.70. Anexo 4

Validez: Los resultados sobre la estructura del afrontamiento son bastante consistentes, coherentes y confieren validez.

Procesamiento y análisis de información

- Búsqueda, selección y registro de material bibliográfico referida o relacionada con el problema de investigación y cada una de las variables, mediante la visita a bibliotecas municipales y de universidades y/o páginas web, para obtener información que permite la fundamentación científica.
- Elaborar la fundamentación científica resaltando fundamentos teóricos de ambas variables de estudio.
- Seleccionar el instrumento a utilizar para la (V1) y (V2) apropiadas según las características de la población. Anexos N° 1 y 3.
- Determinar la población objetivo así mismo la muestra de acuerdo a las características del estudio planteado.
- Solicitar al Director del Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío” de Trujillo el permiso para realizar el trabajo de investigación.
- Aplicación de los instrumentos y recopilación de la información.
- Se aplicó la muestra piloto para el análisis de confiabilidad del instrumento, que evalúa la sobrecarga laboral en el Centro de salud Mental Comunitario del distrito El Porvenir. Anexo N° 2.
- Así mismo se aplicó la prueba piloto para el análisis de confiabilidad del instrumento que evalúa el afrontamiento al estrés. Anexo N° 4.
- En base a las pruebas piloto se aplicaron los instrumentos de la presente investigación en el Centro de Salud mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”- Trujillo. Con autorización de los participantes. Anexo N° 5
- Los datos obtenidos se concentraron en una base de datos en Excel para su análisis y la obtención de resultados y conclusiones. Anexos N° 6 y 7.
- Análisis estadístico: Una vez capturado los datos se procedió a realizar un análisis estadístico de la siguiente manera:

El análisis de los datos se realizó aplicando la estadística descriptiva mediante las tablas de distribución de frecuencias absolutas simples y relativas porcentuales representadas en gráficos de barras porcentuales para identificar el nivel en cada variable y dimensión. Se aplicó la estadística inferencial mediante la prueba de normalidad de Shapiro Wilk para muestras menores a 50, identificándose distribuciones diferentes a la distribución normal, tabla 27, Anexo N 8. Por lo

que se aplicó el coeficiente de correlación no paramétrico de Spearman para medir la relación entre las variables, cuantificándolo según el criterio de, Hernández Fernández y Baptista (2010) y contrastando la hipótesis nula con un nivel de significancia Alfa del 0.05.

- Presentar los resultados y discusión de los mismos a través de tablas y gráficos, con el fin de mostrar de manera objetiva y cuidadosa los resultados obtenidos.
- Plantear las conclusiones en función del problema planteado, dando respuesta a éste.
- Determinar las recomendaciones en base a los resultados y conclusiones obtenidos en el estudio, así como las sugerencias dirigidas para la población de estudio, los futuros investigadores y los profesionales de la salud mental.

2. Resultados:

En primer lugar, se obtuvieron las medias de los puntajes totales para la sobrecarga y sus dimensiones, como se muestra en la Tabla 1 y tabla 2.

Tabla 1

Sobrecarga del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Nivel de sobrecarga	n	%
Sobrecarga intensa	10	33
Sobrecarga leve	17	57
No sobrecarga	3	10
Total	30	100

Fuente: Cuestionario de sobrecarga laboral, Trujillo - 2017.

En la Tabla 1 se observa en el 57% de los cuidadores informales de pacientes esquizofrénicos una sobrecarga leve, en un 33% sobrecarga intensa, y en un 10.0% no tienen sobrecarga.

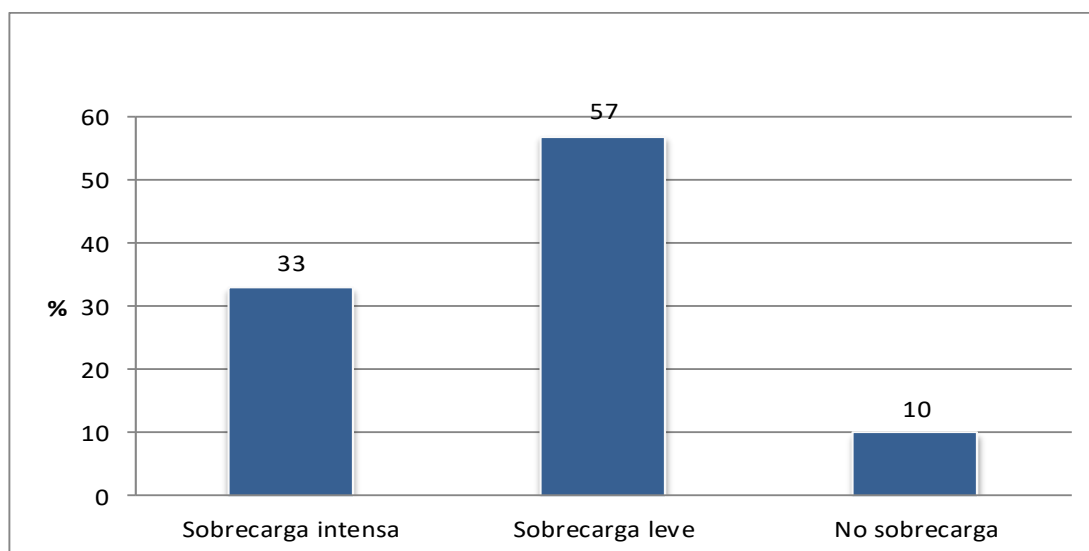


Figura 1.

Sobrecarga del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Fuente: Tabla 1.

Tabla 2

Dimensiones de la Sobrecarga del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Dimensiones	n	%
Impacto del cuidado		
No Sobrecarga	1	3
Sobrecarga leve	18	60
sobrecarga intensa	11	37
Interpersonal		
No sobrecarga	4	13
Sobrecarga leve	25	84
Sobrecarga intensa	1	3
Expectativas de autoeficacia		
No sobrecarga	5	17
Sobrecarga leve	18	60
Sobrecarga intensa	7	23
Total	30	100

Fuente: Cuestionario de sobrecarga laboral, Trujillo - 2017.

En la Tabla 2, se observa que el 60% de los cuidadores informales de pacientes esquizofrénicos obtienen sobrecarga leve en el impacto del cuidado y el 37% tienen sobrecarga intensa, el 3% no tiene carga. De los cuidadores informales de pacientes esquizofrénicos obtienen en Interpersonal 84% sobrecarga leve, el 3% sobrecarga intensa y el 13% no tienen sobrecarga. De los cuidadores informales de pacientes esquizofrénicos obtienen sobrecarga leve en las expectativas de autoeficacia el 60%, tienen sobrecarga leve, el 23% sobrecarga intensa y el 17% no tiene carga.

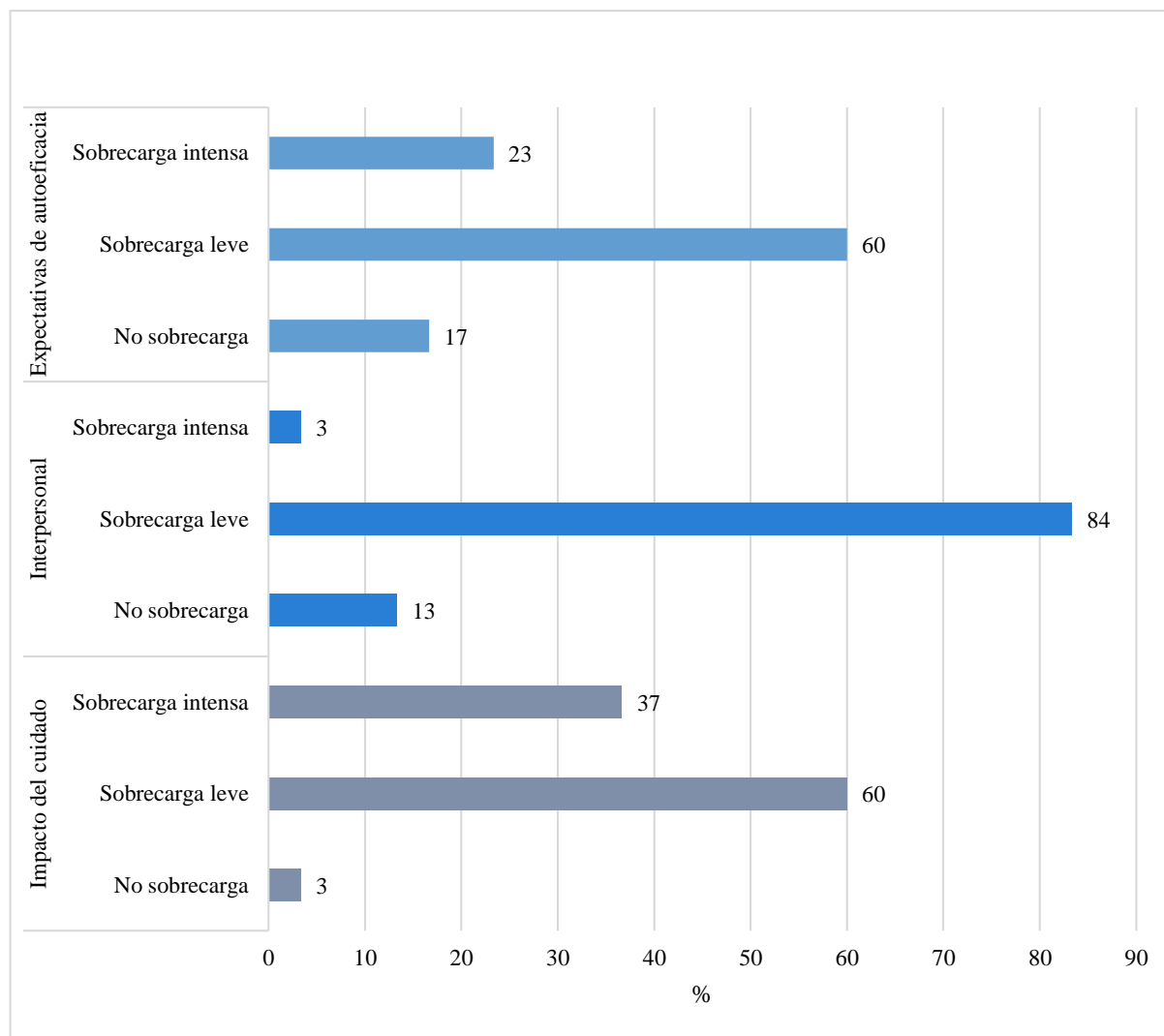


Figura 2. Dimensiones de la Sobrecarga del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Fuente: Tabla 2.

Tabla 3

Afrontamiento del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Nivel	n	%
Alto	5	17
Medio	18	60
Bajo	7	23
Total	30	100

Fuente: Cuestionario de afrontamiento de estrés, Trujillo - 2017.

En la Tabla 3, se observa que el 60% de los cuidadores informales de pacientes esquizofrénicos obtienen nivel medio de afrontamiento, el 23% tienen nivel bajo, en tanto que el 17% de los cuidadores tienen nivel alto de afrontamiento.

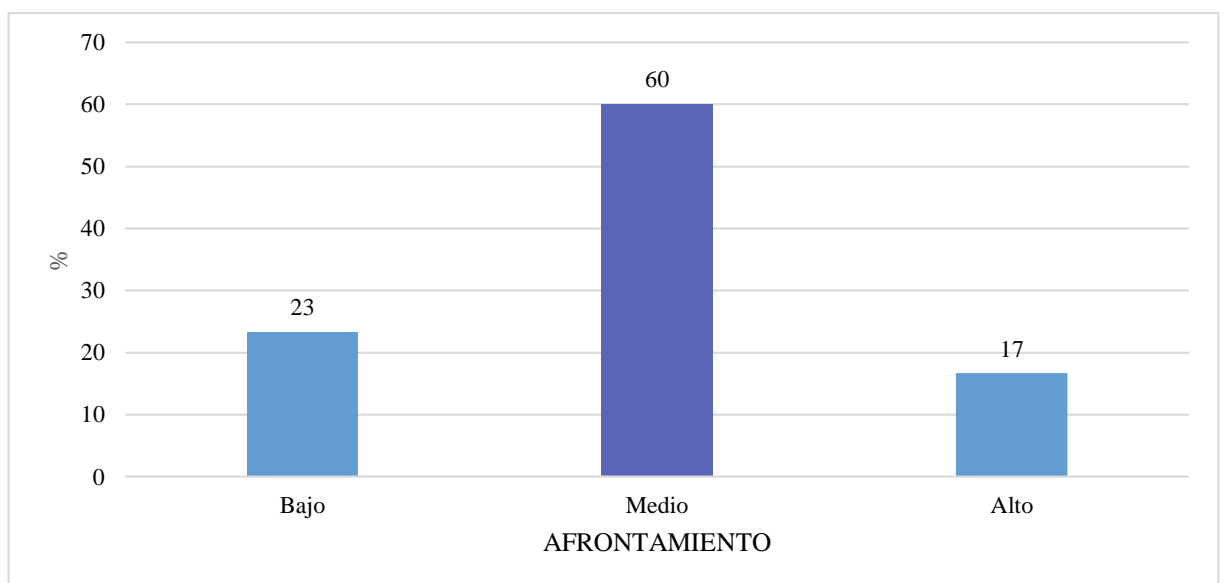


Figura 3. Afrontamiento de estrés del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Fuente: Tabla 3.

Tabla 4

Dimensiones del Afrontamiento de estrés del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Dimensiones	n	%
Búsqueda de apoyo social (BAS)		
Alto	10	33
Medio	15	50
Bajo	5	17
Expresión emocional abierta (EEA)		
Alto	0	0
Medio	13	43
Bajo	17	57
Religión (RLG)		
Alto	9	30
Medio	15	50
Bajo	6	20
Focalizado en la solución del problema (FSP)		
Alto	15	50
Medio	12	40
Bajo	3	10
Evitación (EVT)		
Alto	8	27
Medio	14	46
Bajo	8	27
Autofocalización negativa (AFN)		
Alto	6	20
Medio	19	63
Bajo	5	17
Reevaluación positiva (REP)		
Alto	11	37
Medio	9	30
Bajo	10	33
Total	30	100

Fuente: Cuestionario de afrontamiento de estrés, Trujillo - 2017.

En la Tabla 4, se observa que el 50% de los cuidadores informales de pacientes esquizofrénicos obtienen nivel medio de afrontamiento en la búsqueda de apoyo social y el 33% tienen nivel alto, el 17% nivel bajo. El 57% obtienen nivel bajo de afrontamiento en la expresión emocional abierta y el 43% tienen nivel medio. El 50% de los cuidadores informales de pacientes esquizofrénicos obtienen nivel medio

en la religión y el 30% tienen nivel alto, y el 20% bajo. El 50% obtienen nivel bajo en la focalización de solución del problema y el 40% tienen nivel medio, el 10% alto. El 46% de los cuidadores informales de pacientes esquizofrénicos obtienen nivel medio afrontamiento respecto a la Evitación y el 27% tienen nivel bajo, y el 27% alto. El 63% obtienen nivel medio en la autofocalización negativa y el 20% tienen nivel alto, y el 17% bajo. El 37% de los cuidadores informales de pacientes esquizofrénicos obtienen nivel bajo afrontamiento respecto a la reevaluación positiva y el 33% tienen nivel alto, 30% nivel medio.

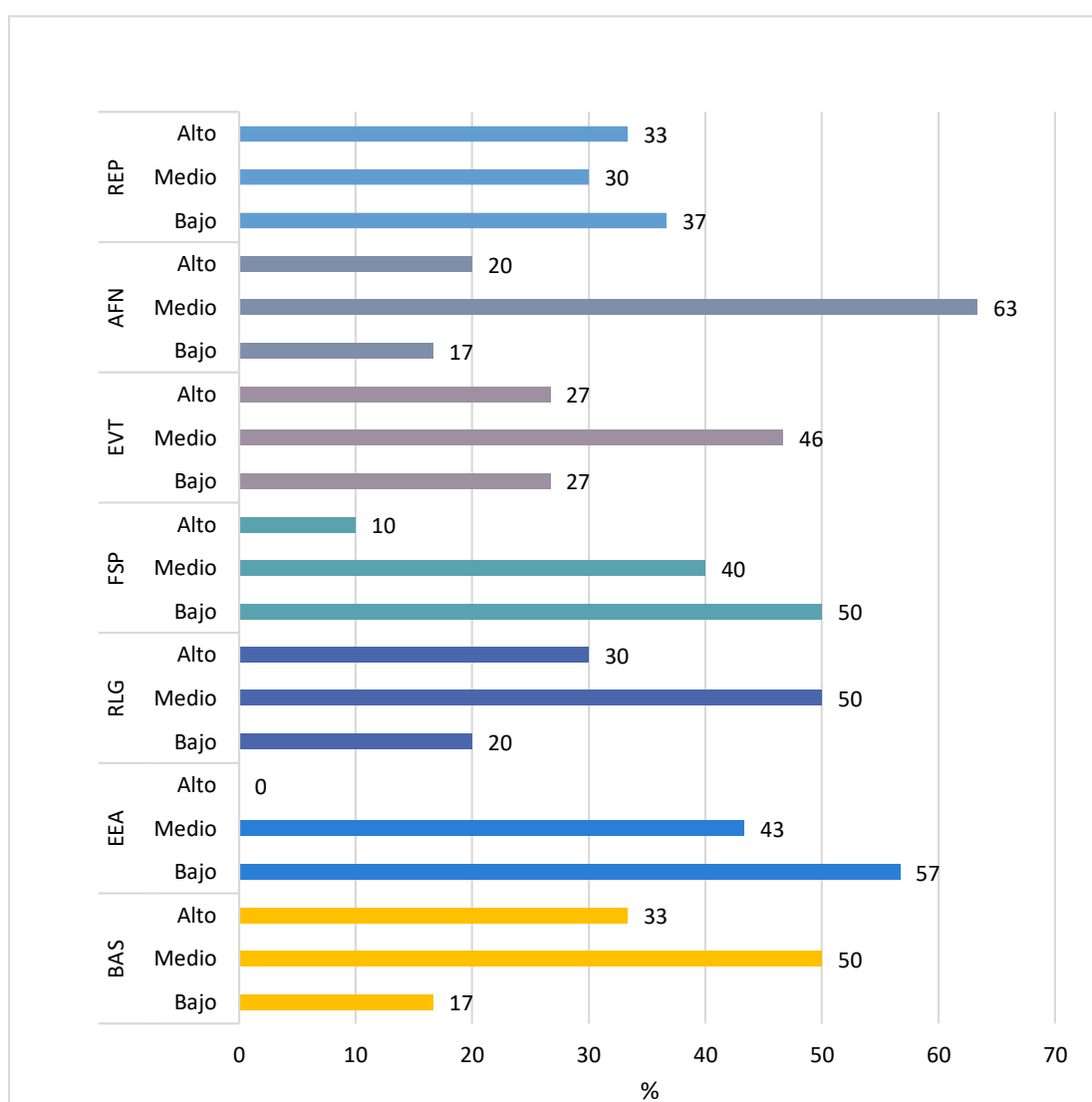


Figura 4. Dimensiones del Afrontamiento de estrés del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo – 2017.

Fuente: Tabla 4

Tabla 5

Correlación entre las dimensiones impacto del cuidado y búsqueda de apoyo social del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Variables		Estadísticos		
Sobrecarga	Afrontamiento	r_s	p	n
Impacto del cuidado	Búsqueda de apoyo social	-.705**	.000	30

Nota: r_s : Coeficiente de correlación de Spearman

** $p < .01$

En la Tabla 5, se muestra una correlación inversa, de grado considerable ($r_s = -.705$) y estadísticamente significativa ($p < .01$) entre las dimensiones impacto del cuidado y búsqueda de apoyo social del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo – 2017

Tabla 6

Correlación entre las dimensiones impacto del cuidado y expresión emocional abierta del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Variables		Estadísticos		
Sobrecarga	Afrontamiento	r_s	p	n
Impacto del cuidado	Expresión emocional abierta	-.747**	.000	30

Nota: r_s : Coeficiente de correlación de Spearman

** $p < .01$

En la Tabla 6, se muestra una correlación inversa, de grado considerable ($r_s = -.747$) y estadísticamente significativa ($p < .01$) entre las dimensiones impacto del cuidado y expresión emocional abierta del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Tabla 7

Correlación entre las dimensiones impacto del cuidado y religión del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Variables		Estadísticos		
Sobrecarga	Afrontamiento	r_s	p	n
Impacto del cuidado	Religión	-.724**	.000	30

Nota: r_s : Coeficiente de correlación de Spearman

** $p < .01$

En la Tabla 7, se aprecia una correlación inversa, de grado considerable ($r_s = -.724$) y estadísticamente significativa ($p < .01$) entre las dimensiones impacto del cuidado y religión del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Tabla 8

Correlación entre las dimensiones impacto del cuidado y focalización en la solución del problema del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Variables		Estadísticos		
Sobrecarga	Afrontamiento	r_s	p	n
Impacto del cuidado	Focalizado en la solución del problema	-.718**	.000	30

Nota: r_s : Coeficiente de correlación de Spearman

** $p < .01$

En la Tabla 8, se muestra una correlación inversa, de grado considerable ($r_s = -.718$) y estadísticamente significativa ($p < .01$) entre las dimensiones impacto del cuidado y focalizado en la solución del problema del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Tabla 9

Correlación entre las dimensiones impacto del cuidado e Evitación del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Variables		Estadísticos		
Sobrecarga	Afrontamiento	r_s	p	n
Impacto del cuidado	Evitación	-.717**	.000	30

Nota: r_s : Coeficiente de correlación de Spearman

** $p < .01$

En la Tabla 9, se muestra una correlación inversa, de grado considerable ($r_s = -.717$) y estadísticamente significativa ($p < .01$) entre las dimensiones impacto del cuidado y evitación del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Tabla 10

Correlación entre las dimensiones impacto del cuidado y autofocalización negativa del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Variables		Estadísticos		
Sobrecarga	Afrontamiento	r_s	p	n
Impacto del cuidado	Autofocalización negativa	-.721**	.000	30

Nota: r_s : Coeficiente de correlación de Spearman

** $p < .01$

En la Tabla 10, se muestra una correlación inversa, de grado considerable ($r_s = -.721$) y estadísticamente significativa ($p < .01$) entre las dimensiones impacto del cuidado y autofocalización negativa del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Tabla 11

Correlación entre las dimensiones impacto del cuidado y reevaluación positiva del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossio”, Trujillo - 2017.

Variables		Estadísticos		
Sobrecarga	Afrontamiento	r_s	p	n
Impacto del cuidado	Reevaluación positiva	-.738**	.000	30

Nota: r_s : Coeficiente de correlación de Spearman

** $p < .01$

En la Tabla 11, se muestra una correlación inversa, de grado considerable ($r_s = -.738$) y estadísticamente significativa ($p < .01$) entre las dimensiones impacto del cuidado y reevaluación positiva del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossio”, Trujillo - 2017.

Tabla 12

Correlación entre la dimensión interpersonal y búsqueda de apoyo social del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossio”, Trujillo - 2017.

Variables		Estadísticos		
Sobrecarga	Afrontamiento	r_s	p	n
Interpersonal	Búsqueda de apoyo social	-.664**	.000	30

Nota: r_s : Coeficiente de correlación de Spearman

** $p < .01$

En la Tabla 12, se muestra una correlación inversa, de grado considerable ($r_s = -.664$) y estadísticamente significativa ($p < .01$) entre las dimensiones interpersonal y búsqueda de apoyo social del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossio”, Trujillo - 2017.

Tabla 13

Correlación entre la dimensión interpersonal y expresión emocional abierta del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Variables		Estadísticos		
Sobrecarga	Afrontamiento	r_s	p	n
Interpersonal	Expresión emocional abierta	-.696**	.000	30

Nota: r_s : Coeficiente de correlación de Spearman

** $p < .01$

En la Tabla 13, se muestra una correlación inversa, de grado considerable ($r_s = -.696$) y estadísticamente significativa ($p < .01$) entre las dimensiones interpersonal y expresión emocional abierta del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Tabla 14

Correlación entre la dimensión interpersonal y religión del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Variables		Estadísticos		
Sobrecarga	Afrontamiento	r_s	p	n
Interpersonal	Religión	-.672**	.000	30

Nota: r_s : Coeficiente de correlación de Spearman

** $p < .01$

En la Tabla 14, se muestra una correlación inversa, de grado considerable ($r_s = -.672$) y estadísticamente significativa ($p < .01$) entre las dimensiones interpersonal y religión del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Tabla 15

Correlación entre la dimensión Interpersonal y focalizada en la solución del problema del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Sobrecarga	Variables	Estadísticos		
	Afrontamiento	r_s	p	n
Interpersonal	Focalizado en la solución del problema	-.677**	.000	30

Nota: r_s : Coeficiente de correlación de Spearman

** $p < .01$

En la Tabla 15, se muestra una correlación inversa, de grado considerable ($r_s = -.677$) y estadísticamente significativa ($p < .01$) entre las dimensiones interpersonal y focalizado en la solución del problema del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Tabla 16

Correlación entre las dimensiones Interpersonal y Evitación del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Sobrecarga	Variables	Estadísticos		
	Afrontamiento	r_s	p	n
Interpersonal	Evitación	-.673**	.000	30

Nota: r_s : Coeficiente de correlación de Spearman

** $p < .01$

En la Tabla 16, se muestra una correlación inversa, de grado considerable ($r_s = -.673$) y estadísticamente significativa ($p < .01$) entre las dimensiones interpersonal y evitación del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Tabla 17

Correlación entre la dimensión interpersonal y autofocalización negativa del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Variables		Estadísticos		
Sobrecarga	Afrontamiento	r_s	p	n
Interpersonal	Autofocalización negativa	-.676**	.000	30

Nota: r_s : Coeficiente de correlación de Spearman

** $p < .01$

En la Tabla 17, se muestra una correlación inversa, de grado considerable ($r_s = -.676$) y estadísticamente significativa ($p < .01$) entre las dimensiones interpersonal y autofocalización negativa del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Tabla 18

Correlación entre la dimensión interpersonal y reevaluación positiva del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Variables		Estadísticos		
Sobrecarga	Afrontamiento	r_s	p	n
Interpersonal	Reevaluación positiva	-.680**	.000	30

Nota: r_s : Coeficiente de correlación de Spearman

** $p < .01$

En la Tabla 18, se muestra una correlación inversa, de grado considerable ($r_s = -.680$) y estadísticamente significativa ($p < .01$) entre las dimensiones interpersonal y reevaluación positiva del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Tabla 19

Correlación entre las dimensiones expectativas de autoeficacia y búsqueda de apoyo social del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Variables		Estadísticos		
Sobrecarga	Afrontamiento	r_s	p	n
Expectativas de autoeficacia	Búsqueda de apoyo social	-.699**	.000	30

Nota: r_s : Coeficiente de correlación de Spearman

** $p < .01$

En la Tabla 19, se muestra una correlación inversa, de grado considerable ($r_s = -.699$) y estadísticamente significativa ($p < .01$) entre las dimensiones expectativas de autoeficacia y búsqueda de apoyo social del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Tabla 20

Correlación entre las dimensiones expectativas de autoeficacia y expresión emocional abierta del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Variables		Estadísticos		
Sobrecarga	Afrontamiento	r_s	p	n
Expectativas de autoeficacia	Expresión emocional abierta	-.751**	.000	30

Nota: r_s : Coeficiente de correlación de Spearman

** $p < .01$

En la Tabla 20, se muestra una correlación inversa, de grado considerable ($r_s = -.751$) y estadísticamente significativa ($p < .01$) entre las dimensiones expectativas de autoeficacia y expresión emocional abierta del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Tabla 21

Correlación entre las dimensiones expectativas de autoeficacia y religión del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Variables		Estadísticos		
Sobrecarga Laboral	Afrontamiento	r_s	p	n
Expectativas de autoeficacia	Religión	-.713**	.000	30

Nota: r_s : Coeficiente de correlación de Spearman

** $p < .01$

En la Tabla 21, se muestra una correlación inversa, de grado considerable ($r_s = -.713$) y estadísticamente significativa ($p < .01$) entre las dimensiones expectativas de autoeficacia y religión del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Tabla 22

Correlación entre las dimensiones expectativas de autoeficacia y focalizado en la solución del problema del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Variables		Estadísticos		
Sobrecarga Laboral	Afrontamiento	r_s	p	n
Expectativas de autoeficacia	Focalizado en la solución del problema	-.719**	.000	30

Nota: r_s : Coeficiente de correlación de Spearman

** $p < .01$

En la Tabla 22, se muestra una correlación inversa, de grado considerable ($r_s = -.719$) y estadísticamente significativa ($p < .01$) entre las dimensiones expectativas de autoeficacia y focalizado en la solución del problema del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Tabla 23

Correlación entre las dimensiones expectativas de autoeficacia y evitación del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Variables		Estadísticos		
Sobrecarga	Afrontamiento	r_s	p	n
Expectativas de autoeficacia	Evitación	-.715**	.000	30

Nota: r_s : Coeficiente de correlación de Spearman

** $p < .01$

En la Tabla 23, se muestra una correlación inversa, de grado considerable ($r_s = -.715$) y estadísticamente significativa ($p < .01$) entre las dimensiones expectativas de autoeficacia y evitación del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Tabla 24

Correlación entre las dimensiones expectativas de autoeficacia y Autofocalización negativa del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Variables		Estadísticos		
Sobrecarga	Afrontamiento	r_s	p	n
Expectativas de autoeficacia	Autofocalización negativa	-.716**	.000	30

Nota: r_s : Coeficiente de correlación de Spearman

** $p < .01$

En la Tabla 24, se muestra una correlación inversa, de grado considerable ($r_s = -.716$) y estadísticamente significativa ($p < .01$) entre las dimensiones expectativas de autoeficacia y autofocalización negativa de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Tabla 25

Correlación entre las dimensiones expectativas de autoeficacia y reevaluación positiva del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Variables		Estadísticos		
Sobrecarga	Afrontamiento	r_s	p	n
Expectativas de autoeficacia	Reevaluación positiva	-.726**	.000	30

Nota: r_s : Coeficiente de correlación de Spearman

** $p < .01$

En la Tabla 25, se muestra una correlación inversa, de grado considerable ($r_s = -.726$) y estadísticamente significativa ($p < .01$) entre las dimensiones expectativas de autoeficacia y reevaluación positiva del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Tabla 26

Correlación entre la Sobrecarga y el Afrontamiento del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Variables		Estadísticos		
Sobrecarga	Afrontamiento	r_s	p	n
		-.719**	.000	30

Nota: r_s : Coeficiente de correlación de Spearman

** $p < .01$

En la Tabla 26, se muestra una correlación inversa, de grado considerable ($r_s = -.719$) y estadísticamente significativa ($p < .01$) entre la sobrecarga y estrategias de afrontamiento del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Tabla 27

Prueba de Normalidad de Shapiro Wilk de la Sobrecarga Emocional y el Afrontamiento del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Variables	Estadístico	gl	p
Sobrecarga Emocional	.165	30	.045
Impacto del cuidado	.158	30	.055
Interpersonal	.171	30	.025
Expectativas de autoeficacia	.182	30	.013
Afrontamiento	.162	30	.049
Búsqueda de apoyo	.194	30	.005
Expresión emocional abierta	.175	30	.031
Religión	.167	30	.043
Focalizado en la solución del problema	.189	30	.012
Evitación	.192	30	.008
Autofocalización negativa	.166	30	.044
Reevaluación positiva	.171	30	.037

En la Tabla 27, se muestran *p*-valores menores a .05, indicando una diferencia estadísticamente significativa ($p < .05$) entre la distribución de los puntajes de la Sobrecarga emocional, afrontamiento y sus dimensiones con la distribución normal, decidiéndose utilizar el Coeficiente de Correlación no paramétrico de Spearman para medir la correlación entre las variables investigadas.

3. Análisis y discusión

Luego de procesar la información, atendiendo a los objetivos planteados al inicio del presente estudio, se discute los resultados hallados, comparando con resultados encontrados por otros autores y la relación con los fundamentos teóricos.

De acuerdo al objetivo general, cuya finalidad fue establecer la relación entre la sobrecarga y las estrategias de afrontamiento del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, hallando entre ambas una correlación inversa, de grado considerable, tal como se muestra en la Tabla N° 26, donde se observa que el coeficiente de correlación de Spearman es $r_s = -.719$, con niveles estadísticamente significativa de grado considerable menores al 5% ($p < 0.05$), es decir que la sobrecarga se relaciona significativamente con el afrontamiento y sus respectivas dimensiones de los cuidadores informales de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”, 2017.

Con el propósito de atender el primer objetivo específico, cuyo fin fue determinar el nivel de sobrecarga que presentan los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia que asisten a un Centro de Salud Mental, los valores obtenidos en la Tabla N° 1, indican que existe una mayor incidencia de aquellos familiares cuidadores que presentan un nivel de sobrecarga leve (57%), mientras que un porcentaje menor (33%) presentan sobrecarga intensa, en tanto que el 10% no tienen sobrecarga. Estos resultados son similares con los de Chacón y Valverde (2014), quienes encontraron que la sobrecarga que experimentan los familiares cuidadores es, mayoritariamente, de nivel leve (40%) de la población, al igual que lo hallado por Correa (2015), quien encontró que la sobrecarga que experimentan los familiares cuidadores es predominantemente de nivel leve (48.5%), pero diferentes con los hallados por Li, Alipázaga, Osada y León (2015), quienes afirman que los cuidadores Informales presentan en su mayoría un nivel de sobrecarga elevada (72,95%), de un total de 122 familiares, es decir 89 de estos presentan cantidad elevada de sobrecarga.

Teniendo en cuenta que la sobrecarga implica trabajo físico, emocional, incluso el cuidador se restringe de disfrutar de vida social, tal como lo define Zarit (1987, citado por Ribé 2014), la sobrecarga del cuidador es un estado efecto de la labor de cuidar a una persona dependiente o mayor, el cual amenaza la salud física y mental del cuidador.

De esto se desprende entonces, que más del 50% de familiares cuidadores informales que presenta nivel de sobrecarga leve, se hallan en una situación que requiere de atención, para evitar que un avance gradual por las experiencias repetitivas impacten en su salud física y mental, ya que cuentan con un nivel medio de capacidad de adaptabilidad frente a las solicitudes impredecibles que origina la esquizofrenia.

Ribé (2014), afirma que la esquizofrenia, es un trastorno mental grave con predisposición a la cronicidad, pérdida de capacidades de autocuidado, que no solamente afecta al individuo que la padece, si no que repercute de modo relevante en la familia, donde puede presentar estrés, malestar emocional que específicamente recae en el cuidador principal, ya que su labor asistencial conlleva significativas secuelas en su salud biopsicosocial.

A más detalle, se evidencia en el análisis realizado de las dimensiones de la Sobrecarga, tal como se muestra en la Tabla N° 2, donde se expone que en las dimensiones Impacto del cuidado, estamos frente al impacto acumulativo, donde el 60% tiene sobrecarga leve, por lo tanto los impactos diarios, no han traspasado el umbral de la tolerancia, el 3% no tiene carga los eventos de su rol de cuidador no afectan su estado físico ni mental.

En la relación interpersonal la sobrecarga leve de un 84% nos indica que los cuidadores informales del estudio tienen tacto y prudencia en relación al trato con su familiar y con su entorno social. El 13% no tienen sobrecarga, indica que tienen actitudes positivas ante la vida que les permiten desarrollar habilidades sociales para afrontar conflictos de interacción. El 3% presenta dificultad en el ámbito social, al ponerse en contacto con el paciente y con los demás.

En cuanto a Expectativas de autoeficacia, se obtuvo mayor predominio en Sobrecarga leve, con porcentajes de 60% y 17% sin carga respectivamente. Esto nos indica, que los cuidadores informales del C. de S. Frida Alayza Cossío ven su rol como desafío estimulante, mientras que un 23% piensan que su rol es difícil y está fuera de su alcance.

Por otro lado, el segundo objetivo específico, apunta a determinar el nivel de afrontamiento que presentan los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia que asisten al Centro de Salud Mental Comunitaria Frida Alayza Cossío. Las valoraciones obtenidas según la Tabla N° 3, indican que existe, en su mayoría de ellos, un nivel medio de afrontamiento (60%); con mayor detalle, se puede apreciar en el Gráfico N° 3, por lo tanto, los esfuerzos de los cuidadores informales del estudio, son medianamente dirigidos para reducir, tolerar y controlar las demandas internas y ambientales. Mientras que el 23% obtienen nivel bajo, en donde encontramos que los pensamientos y acciones de los cuidadores no controlan las situaciones difíciles y más bien las consideran desbordantes a sus recursos. En tanto que el 17% de los cuidadores tienen nivel alto de afrontamiento, es decir, que los cuidadores hacen buen uso de los recursos para manejar, del mejor modo posible, las presiones que perciben.

Específicamente en la Tabla N° 4, en su mayoría, las estrategias de afrontamiento de estrés, obtienen mayores porcentajes que determinan un nivel promedio, siendo Búsqueda de apoyo social (50%), es decir, que los cuidadores del C. de S. M. C. Frida Alayza Cossío usan esta estrategia que se refiere a buscar opiniones, consejos, orientación de otras personas, familiares amigos o apoyo profesional y contar a otras personas sus sentimientos y recibir así retroalimentación sobre las causas y consecuencias de la situación estresante. Expresión emocional abierta, en esta estrategia de afrontamiento, la persona considera que expresando su ira o su tristeza de manera no asertiva, solucionará el problema, se obtuvo el 57% en un nivel bajo, por lo tanto, los cuidadores no se dejan llevar por la emoción negativa, el 43% emplea en nivel medio, no hay cuidadores que tengan un trato hostil o

descarguen su mal humor con los demás. Religión (50%), esta estrategia permite encontrar un camino a la trascendencia y una transformación positiva de sí mismo a través de la religión y la dificultad confiando en un ser superior para solucionar el problema, el 50% hacen uso en nivel medio de esta estrategia asistiendo a una iglesia, pidiendo ayuda espiritual a alguna persona ligada a la religión o a la espiritualidad, siendo un 30% que tienen un nivel alto confiando que existe una finalidad superior. Focalizado en la solución del problema un (50%), emplea esta estrategia en un nivel bajo, es decir, que los cuidadores informales del C. de S. M. C. Frida Alayza Cossío, no se abocan a definir el origen del problema un 40% en nivel medio analiza las causas del problema. Evitación, esta estrategia con el (46%), a nivel medio, buscan escapar del factor estresante, mientras que en nivel alto, el 27% buscan situaciones opuestas al problema sin encarar de frente el origen o sus elementos. por otro lado, un 27% usan un nivel bajo de esta estrategia, buscando una solución asumiendo las consecuencias de sus decisiones. Autofocalización negativa, esta estrategia está centrada en la emoción (63%), utilizan un nivel medio, el(20%) en nivel alto se centra en aspectos negativos y cierta indefensión respecto al problema dificultando el afrontamiento y en nivel bajo 17% dirigen su atención; así mismo, de forma poco realista, centrándose en aspectos negativos, con poca opción a resolver el problema. Reevaluación positiva un (30%), hacen un uso medio de esta estrategia, en la que no se puede hacer directamente frente al evento, el 37% tienen un nivel bajo y el (33%) un nivel alto; es una estrategia presente en personas que trascienden de las situaciones estresantes y salen fortalecidas sacando algo positivo de la situación.

Es decir, de acuerdo con los resultados hallados, se aprecia que los cuidadores de los pacientes hacen uso de estrategias de afrontamiento a un nivel medio, diferente a lo encontrado por Hidalgo (2013), quien afirma en su estudio, que los cuidadores evaluados hacen uso de una gran variedad de estrategias de afrontamiento. Similares resultados obtuvieron Chacón y Valverde (2014), encontrando porcentajes altos en la mayoría de las estrategias de afrontamiento, sobrepasan el 50%.

Diversos son los hallazgos por estudios citados, esto indicaría que los cuidadores suelen aplicar estrategias cognitivas y conductuales ante una situación estresante, tal como lo exponen Lazarus y Folkman (1986), quienes definen el afrontamiento como un conjunto de respuestas emocionales, cognitivas y conductuales que median la experiencia de estrés y que tienen como finalidad reducir la respuesta fisiológica y emocional del mismo, que constituye la sobrecarga del cuidador la cual es debido a que no se hallan capacitados, no hay una remuneración por su tarea y se enfrentan a un elevado compromiso hacia la tarea, diferenciado por el afecto y una predisposición de atención sin límites de horarios (Ribé, 2014).

Por otro lado, prosiguiendo con la exposición de resultados, se buscó determinar la relación de las dimensiones de la sobrecarga que presentan los familiares cuidadores del paciente con esquizofrenia con cada uno de las estrategias de afrontamiento evaluadas. Dando inicio a la relación entre el Impacto del cuidado y las estrategias de afrontamiento del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud Mental Comunitaria, tal como se muestra partir de la Tabla N° 5, donde la correlación entre las dimensiones Impacto del cuidado y Búsqueda de apoyo social, se aprecia una correlación inversa de grado considerable, donde el coeficiente de correlación de Spearman es ($r_s = -.705$) y con niveles estadísticamente significativa ($p < .01$). De igual modo, en la Tabla N° 6, se aprecia la correlación entre las dimensiones Impacto del cuidado y Expresión emocional abierta, apreciándose una correlación inversa de grado considerable, donde el coeficiente de correlación de Spearman es ($r_s = -.747$) y con niveles estadísticamente significativa ($p < .01$). Así mismo se indica resultados similares hasta la Tabla N° 11, es decir, que las correlaciones halladas entre la Dimensión Impacto del cuidado con las dimensiones del Afrontamiento restantes, muestran una correlación inversa, de grado considerable en la totalidad de sus coeficientes.

Esto indicaría, que el cuidador no obstante estar en constante exposición a eventos evaluados como potencialmente dañinos o estresantes, cuenta con estilos de afrontamiento adecuados que le permitan un mayor equilibrio o estabilidad en el

tiempo. El efecto del cuidado, el tiempo dedicado a ello, es decir, a mayor contacto con la persona enferma, hay mayor sobrecarga en el cuidador, debido a que emplea mayor parte de su tiempo al cuidado de éste, que pierde tiempo para sí mismo y la habilidad para llevar a cabo las actividades propias de su rutina diaria, por lo tanto, ello no impide enfocarse en opciones o estilos de abordar de manera más saludable en esta situación (Hsing-Yi, Pin y Hsiu, 2009, citado por Ribé, 2014).

Por otro lado, entre la Tabla N° 12 y Tabla N°18, se aprecian las valoraciones de la relación entre la dimensión Interpersonal de la sobrecarga y las dimensiones del afrontamiento de estrés del cuidador informal, hallando correlaciones inversas, de grado considerable, en su totalidad.

Resultados que difieren de lo hallado por Hidalgo (2013), Chacón y Valverde (2014), quienes encontraron que las estrategias más empleadas por los cuidadores informales con resolución de problema, reestructuración cognitiva. Esto evidenciaría que es habitual encontrar que en familias de pacientes con enfermedades con trastornos mentales con tendencia a la cronicidad, donde se halla mayor fatiga y carga en los cuidadores, se deje de lado el empleo de estrategias de afrontamiento adecuadas, siendo muy común encontrar aquellos familiares que tienden a huir y evitar el problema, a diferencia de enfrentar y ver desde otra óptica la situación y lograr la empatía y comprensión con el paciente que presente el trastorno mental.

Otro aspecto interesante de resaltar es como la vida social del cuidador se ve afectada por el tiempo que exige el cuidado del paciente, y las dificultades que implica la labor del cuidado, por lo que se evidencia la necesidad de parte del cuidador del uso de estrategias de afrontamientos, siendo consciente que de ellos depende tanto el bienestar del cuidador como del paciente (Chacón y Valverde, 2014).

Las correlaciones entre la última dimensión Expectativas de autoeficacia de la sobrecarga y las dimensiones del afrontamiento de estrés del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos, tal como se muestra de la Tabla N° 19 a la Tabla N° 25,

indicando correlación inversa, con niveles de significancia menores a ($p < 0.01$), lo cual quiere decir que la dimensión expectativas de autoeficacia de la sobrecarga se relaciona significativamente con el afrontamiento de estrés y sus respectivas dimensiones, hallando coeficientes de grado considerables. Considerando que las expectativas dependen de las creencias del individuo de poseer la capacidad necesaria para alcanzar una meta concreta, encontramos que los cuidadores informales del estudio, en su mayoría, tienen medianamente predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones y con la evaluación subjetiva determinan el uso de ciertas estrategias de afrontamiento.

Finalmente, los hallazgos obtenidos corroboran la existencia de una relación significativa entre el afrontamiento y la experiencia intrínseca de sobrecarga que presentan los cuidadores de pacientes con esquizofrenia, es decir, que a menor uso de las estrategias de afrontamiento se evidencia mayor sobrecarga en el cuidador, el uso adecuado de los recursos cognitivos y conductuales permitirá al cuidador bajar los niveles de sobrecarga y prevenir enfermedades, por lo tanto, adaptarse a las demandas estresantes frente a los cambios bruscos del paciente y conducir de modo correcto las dificultades físicas, psicológicas y socioeconómicas como efecto de su tarea, cuidado del paciente diagnosticado de esquizofrenia. Con lo que se demuestra la hipótesis de la investigación, objetivo del presente estudio, que fue la correlación de sobrecarga emocional y afrontamiento en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”-Trujillo.

4. Conclusiones y recomendaciones

Al realizar la presente investigación se llega a las siguientes conclusiones:

- La sobrecarga en la dimensión Impacto del cuidado que experimenta el cuidador del paciente con esquizofrenia, en su mayoría, es de nivel leve (60%).
- La sobrecarga en la dimensión Relación Interpersonal que experimenta el cuidador del paciente con esquizofrenia, en su mayoría, es de nivel leve (84%).

- La sobrecarga en la dimensión Expectativas de Autoeficacia que experimenta el cuidador del paciente con esquizofrenia, en su mayoría, es de nivel leve (60%).

Por lo tanto, los resultados según las valoraciones del presente estudio, la sobrecarga que advierten los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia, en el Centro de Salud Mental Comunitaria “Frida Alayza Cossío”-Trujillo, en sus tres dimensiones, en su mayoría, es de nivel leve.

- El nivel de afrontamiento de los cuidadores informales de la persona con esquizofrenia, presentaron un nivel medio (60%). Lo que nos lleva a afirmar, que la valoración y los esfuerzos de los cuidadores informales en las diferentes situaciones de su rol, juegan un papel importante para reducir, tolerar, y controlar las demandas internas y ambientales. Así mismo, sumado el apoyo oportuno que reciben del personal especializado en la salud mental, con la información adecuada, les orientan a sobrellevar de manera positiva la labor que realizan, donde los impactos diarios acumulativos no han traspasado el umbral de la tolerancia psíquica, haciendo posible la relación, social, familiar y sobre todo con el paciente. Así mismo, aumentando la confianza en sus habilidades para abordar situaciones que se presentan en el cuidado de su familiar paciente diagnosticado de esquizofrenia. Evitando que lleguen a experimentar el estrés crónico lo que afectaría su salud física y mental.
- Existe una correlación inversa de grado considerable ($r_s = -.719$) y estadísticamente significativa ($p < .01$) entre la sobrecarga y estrategias de afrontamiento del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.
- Existe una correlación significativa de las dimensiones de sobrecarga impacto del cuidado y búsqueda de apoyo social, expresión emocional abierta, religión, en la solución del problema del cuidador, evitación, autofocalización negativa, reevaluación positiva del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017. Hallando, que el coeficiente de correlación de Spearman se encuentra entre $R_{ho} = -0.705$ y $R_{ho} = -0.747$ (relación alta e inversa) con niveles de significancia menores al ($p < 0.01$).

- Existe una correlación significativa de las dimensiones de sobrecarga relación interpersonal y búsqueda de apoyo social, expresión emocional abierta, religión, en la solución del problema del cuidador, evitación, autofocalización negativa, reevaluación positiva del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo – 2017. Hallando, que el coeficiente de correlación de Spearman se encuentra entre $R_{ho} = -0.664$ y $R_{ho} = -0.696$ (relación alta e inversa) con niveles de significancia menores al ($p < 0.01$).
- Existe una correlación significativa de las dimensiones de sobrecarga expectativas de autoeficacia y búsqueda de apoyo social, expresión emocional abierta, religión, en la solución del problema del cuidador, evitación, autofocalización negativa, reevaluación positiva del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017. Hallando, que el coeficiente de correlación de Spearman se encuentra entre $R_{ho} = -0.699$ y $R_{ho} = -0.751$ (relación alta e inversa) con niveles de significancia menores al ($p < 0.01$).

Recomendaciones:

- Los centros de salud mental deben crear programas de asistencia permanente y orientación constante a la familia del paciente diagnosticado de esquizofrenia y especialmente al cuidador informal, en donde los psicólogos y equipos de salud generen espacios de socialización, donde va a encontrarse con otras personas que están pasando por lo mismo, en el que cada miembro puedan compartir sus experiencias, vivencias que ayudarán a mejorar su competencia a la hora de adaptarse al rol que le toca desempeñar, y aminorar las consecuencias que los eventos diarios de avance gradual por ser repetitivos se convierten en la llamada “sobrecarga”, con los consiguientes daños en su salud física y mental del cuidador.
- El Centro de Salud Mental Comunitario “Frida Alayza Cossío”, debe continuar con el plan de capacitación al “cuidador informal” y ejecutarlo de manera persistente, con la finalidad de instruirle sobre el proceso del trastorno mental de la esquizofrenia y su evolución, para evitar la sobreestimación de la capacidad

del paciente en el control sus síntomas, logrando una mayor comprensión de su conducta y se mejore la calidad de vida, del binomio paciente- cuidador informal.

- Procurar amplia información a los cuidadores informales sobre la existencia de las variadas estrategias en respuesta a los diferentes acontecimientos considerados estresantes, que se les puedan presentar en su rol cotidiano, orientando a tener actitudes positivas, confiar en su capacidad y sus habilidades personales.
- Considerando que un afrontamiento óptimo, requiere del uso flexible de múltiples estrategias, es necesario fortalecer programas de intervención con los grupos de soporte, donde se combine aspectos de educación sanitaria con talleres para el desarrollo de habilidades de afrontamiento, incentivando, que en lo posible, empleen estrategias centradas en la “solución de problema” con las que se pueda tomar el control de las demandas internas y del ambiente.
- Establecer visitas domiciliarias periódicas de los participantes del voluntariado de la salud mental, para escuchar las necesidades de las familias que cuidan de los pacientes con esquizofrenia y dar a conocer a los cuidadores la importancia de cumplir con el tratamiento farmacológico y con las recomendaciones y tareas médicas, a fin de prevenir recaídas en los pacientes y reducir la tensión, evitando la claudicación familiar; procurando la integración del paciente esquizofrénico al ámbito familiar, social y laboral si fuera posible, y recuperar la convivencia saludable.
- El grupo familiar se convierte en escenario frecuente de la labor del psicólogo, por lo tanto, se debe implementar el servicio de seguimiento en la salud integral de los cuidadores informales, es decir, dar soporte multidisciplinar, considerando de suma importancia el soporte psicológico personalizado, por ser fundamental la detección de factores de riesgo que los torna propensos a desarrollar el síndrome de “sobrecarga del cuidador”, con lo que se proporcionará una base estable de apoyo emocional.
- El área de Psicología, debe elaborar una guía, donde se aborden aspectos de desarrollo de habilidades y actitudes con técnicas de manejo del estrés

autoinducida, con las cuales procurar estados de ánimo saludables, como son los ejercicios simples de respiración, relajación, herramientas que protejan la salud mental para aliviar las tensiones y demandas estresantes, consideradas desbordantes para el cuidador informal, evitando las consecuencias negativas de dichos eventos.

- Para conocer con mayor profundidad el tema del presente trabajo, se debe propiciar una investigación de diseño longitudinal, para analizar los cambios a través del tiempo. Apostando por un abordaje completo multidisciplinar, y poder realizar intervenciones que permitan disminuir y prevenir la carga emocional garantizando mejorar la calidad de vida del paciente, del cuidador informal y su familia.

5. Referencias bibliográficas

Arandia, M. y Partidas, F. (2015). *Sobrecarga y las Estrategias de Afrontamiento empleados en cuidadores informales de pacientes con enfermedad de Alzheimer* (Tesis de grado). Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Colombia.

Recuperado de: <http://200.35.84.131/portal/bases/marc/texto/3201-15-08382.pdf>

Ardila, S. (2009) Family Support as a Pillar of Reformed Psychiatric Care: Considerations from a Psychosocial Perspective, Bogota 2009
Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 38, núm. 1, 2009, pp. 114-125.

Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80615419009.pdf>

Barahona, H. (2013). *Sobrecarga en el cuidado del enfermo oncológico terminal en domicilio: la importancia de la prevención* (Tesis de Doctorado). Universidad Complutense de Madrid, España.

Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/23491/1/T34883.pdf>

Caravedo Velaochaga, Camila (2015) concepciones de enfermedad mental en familiares de pacientes psiquiátricas hospitalizadas

http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/6532/CARRAVEDO_VELAOCHAGA_CAMILA_CONCEPCIONES_ENFERMEDAD.pdf?sequence=1 (Pag 5)

Cerquera, A. y Galvis, M. (2014). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamiento Psicológico*, 12(1), 149 – 167. Recuperado de:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612014000100011

CIE-10 F20-29

Correa, D. (2015) Nivel de Sobrecarga de los Familiares Cuidadores de Pacientes con Esquizofrenia que Asisten a un Servicio de Salud - 2014. Tesis de Grado. Universidad Nacional Mayor De San Marcos Lima-Perú.

Chacón, E. y Valverde, L. (2014). (pág. 7, 8,12) *Estrategias de afrontamiento y nivel de sobrecarga en el cuidador informal de la persona con alzhéimer. Hospital Regional Docente Trujillo-2013*, (Tesis de Licenciatura). Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo, Perú.
Recuperado de:
http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/123456789/307/1/ESTRATEGIAS_AFRONTAMIENTO_CHACON_EDWARD.pdf

Chávez, D., Fandiño, D, Guerrero, V. y Aguirre, D. (2015). Sobrecarga emocional en cuidadores informales de pacientes con Hemofilia Severa. *Revista Inclusión y Desarrollo*. 3(1), 98-106.
Recuperado de <file:///C:/Users/asus/Downloads/1276-3402-1-PB.pdf>

Chomba A. (2013) Nivel de sobrecarga en el cuidador familiar del paciente con esquizofrenia, hospital Hermilio Valdizán. Tesis de Grado. Universidad Ricardo Palma. Lima; fecha de acceso 15 de mayo 2016. Recuperado de:
http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/333/1/Chomba_a_m.pdf

Ey, Henry. Bernard, P. Brisett, Ch. Tratado de Psiquiatría (1995) España. Ed. Masson S.A. 5ta. Ed. p. 553-573

Figuerola, M; Contini, N; Betina A; Levín,M; Estévez, A. Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina) Anales de Psicología, vol. 21, núm. 1, junio, 2005, pp. 66-72- Universidad de Murcia Murcia, España. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16721108>

González M., Saiz, P., Martínez, P., Bascarán M., y otros (2013), “Impacto social de la esquizofrenia” Edición y producción: Editorial Glosa, S.L.

Hernández, R., Fernández, B. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6a. Ed.), México: Mc Graw Hill. Interamericana.

Hidalgo, L. (2013). Sobrecarga y Afrontamiento en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Recuperado de:
http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/4700/HIDALGO_PADILLA_LILIANA_PERSONAS_ESQUIZOFRENIA.pdf?sequence=1

Jaén, D.; Callisaya, E. y Quisbert, H. (2012) Evaluación de la sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia del hospital de psiquiatría "Dr. José María Alvarado". *Rev. Méd. La Paz*, vol.18, n2, pp. 21-26. ISSN 1726-8958. Recuperado de
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200004

Lázarus, y Folkman (1986). “Estrés, appraisal, and coping” p 32
https://books.google.com.pe/books?id=i-ySQQQuUpr8C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r#v=onepage&q&f=false

Li, M. (2014) Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con esquizofrenia y factores asociados en el hospital regional docente las mercedes durante el periodo octubre–diciembre 2013. Tesis de Grado. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Recuperado de:
http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/303/1/TL_Li_Quiroga_MeyLing.

López J. y Valdez M. (2005) DSM-IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial Masson S. A.

Morán, C. Landero, M. Gonzáles, T. (2009) COPE-28: Un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE.
Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v9n2/v9n2a20.pdf>

Ignacio Montorio Cerrato, Maria Izal Fernández de Trocóniz, Almudena López López y María Sánchez Colodrón “La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga”
anales de psicología 1998, vol . 14, n° 2, 230-248 Recuperado de:
https://www.um.es/analesps/v14/v14_2/09-14-2.pdf

Pérez M. y Cartaya, M. (2012). *Variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores principales de los ancianos con Alzheimer* (Tesis de Licenciatura). Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Cuba. Recuperado de:
<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/124/32>

Pérez, E. y Valhori P. (2014) *El Esquizofrénico paranoide, inimputable, como ausencia de Responsabilidad*. (Tesis de Grado). Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia. Recuperado de:
<http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/12252/1/EL%20ESQUIZOFRENICO%20PARANOIDE%2C%20INIMPUTABLE%2C%20OMO%20AUSENCIA%20DE%20RESPONSABILIDAD.pdf>

Ribé, J. (2014) *El Cuidador Principal del Paciente con esquizofrenia*. (Tesis doctoral). Universidad Ramos Llull, Barcelona, España. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/146134/tesis%20doctorado%20Oribé.pdf?sequence=1>

Salazar, A. (2013). La activación de los tipos de afrontamiento relacionados con el sentimiento de sobrecarga en el cuidador familiar de personas con discapacidad físico – motora (Tesis de Licenciatura). Universidad Politécnica Salesiana Sede Quito, Ecuador.

Recuperado de
<https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/4140/1/UPS-QT03523.pdf>.

Sandín B, Chorot P. Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. Rev Psicopatología y Psicología Clínica. 2003; 8 (1): 39-54.

Torrealba, W., Yépez, N. Estrategias de afrontamiento y sobrecarga en cuidadores/as informales de pacientes con insuficiencia renal crónica. Rescatado de
<http://bibhumartes.ucla.edu.ve/DB/bcucla/edocs/repositorio/TEGRC918R4E882012.pdf>

Vázquez, J. Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos para pacientes psiquiátricos graves
Recuperado de:
<https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/14/80/ESP/14-80-ESP-323-332-371775.pdf>, p. 324

Velásquez, A. (2015), disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16959>

ANEXOS

ANEXO N° 1

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR – TEST DE ZARIT

Administración: Consta de 22 ítems o preguntas. Cada una de las preguntas se podía responder con las siguientes opciones: Nunca

1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?	
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
8. ¿Piensa que su familiar depende de Ud.?	
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	
14. ¿Piensa que su familiar le considera a Usted la única persona que le puede cuidar?	
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17. ¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
22. Globalmente, ¿Qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
TOTAL	

(0), casi nunca (1), algunas veces (2), frecuentemente (3) y siempre (4).

ANEXO N° 2

MUESTRA PILOTO PARA EL ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO QUE EVALÚA EL AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS.

Nº	Busqueda de apoyo social (BAS)						Expresión emocional abierta (EEA)						Religión (RLG)						Focalizado en la solución del problema						Evitación (EVT)						Autofocalización negativa (AFN)						Reevaluación positiva (REP)						
	6	13	20	27	34	41	4	11	18	25	32	39	7	14	21	28	35	42	1	8	15	22	29	36	5	12	19	26	33	40	2	9	16	23	30	37	3	10	17	24	31	38	
1	3	2	3	3	3	3	1	1	1	0	2	1	2	2	2	1	3	2	2	2	1	2	1	2	3	4	2	3	1	4	2	3	0	4	3	4	2	3	3	2	3	4	
2	3	3	3	3	3	3	2	2	1	1	2	2	3	3	3	3	3	3	1	1	2	1	1	2	3	3	2	3	3	3	2	3	1	3	2	3	2	1	3	2	2	3	
3	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2	0	1	1	2	1	1	2	1	1	1	
4	2	2	2	2	2	3	1	1	2	1	2	1	3	2	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	
5	2	2	2	1	1	2	1	0	1	1	2	0	2	0	2	2	3	2	1	1	0	2	1	1	3	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	3	1	0	2	1	2	2
6	4	3	4	3	3	3	1	0	2	2	1	0	2	2	2	2	3	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2	3	1	3	2	3	4	1	1	2	1	1	1	
7	3	2	3	3	3	3	2	2	2	1	2	2	4	2	3	4	3	3	4	4	2	3	3	3	3	4	3	3	2	4	2	2	3	4	4	4	2	4	4	2	2	4	
8	3	2	0	0	4	4	1	2	2	2	2	2	1	2	0	2	1	2	2	1	3	0	0	2	1	3	2	2	0	0	1	1	1	4	0	1	1	0	2	2	1	2	
9	3	3	2	2	3	2	0	3	0	1	1	2	2	3	0	2	0	0	1	0	0	1	3	2	0	2	1	2	2	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	
10	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	2	3	3	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	
11	3	4	3	2	3	4	2	2	2	1	2	1	2	3	2	3	2	3	3	3	3	4	3	4	2	3	2	3	3	2	2	3	4	4	4	4	2	3	3	3	3	2	3
12	2	1	1	0	2	2	3	1	1	0	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	3	2	1	1	2	1	2
13	3	2	2	2	2	2	0	1	0	0	2	1	3	3	3	2	3	3	0	1	1	2	0	2	2	2	0	1	1	1	2	2	1	0	2	2	2	1	2	2	1	2	3
14	1	1	2	1	1	2	0	1	1	1	2	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	2	1	1	4	3	0	2	3	4	1	1	3	2	2	4	
15	3	1	4	4	1	1	3	2	3	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2	3	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	3	2	2	2

Fuente: Muestra Piloto.

1. Prueba de Confiabilidad del Instrumento que evalúa el afrontamiento del estrés “ α ” de Cronbach.

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \times \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right)$$

Dónde:

α : Coeficiente de Confiabilidad

K : Número de ítems

S_i^2 : Varianza de cada ítem

S_t^2 : Varianza del total de ítems

Σ : Sumatoria

Cálculo de los datos:

$$K = 42 \qquad \sum S_i^2 = 36.400 \qquad S_t^2 = 465.552$$

Reemplazando:
$$\alpha = \frac{42}{42-1} \times \left(1 - \frac{36.400}{465.552} \right) = 0.944 > 0.70 \Rightarrow \text{Confiable}$$

Confiabilidad por ítems:

ÍTEMS	BAS	EEA	RLG	FSP	EVT	AFN	REP
Ítem 6	0.685						
Ítem 13	0.705						
Ítem 20	0.772						
Ítem 27	0.779						
Ítem 34	0.742						
Ítem 41	0.770						
Ítem 4		0.588					
Ítem 11		0.624					
Ítem 18		0.556					
Ítem 25		0.633					
Ítem 32		0.721					
Ítem 39		0.547					
Ítem 7			0.788				
Ítem 14			0.874				
Ítem 21			0.803				
Ítem 28			0.820				
Ítem 35			0.823				
Ítem 42			0.787				
Ítem 1				0.818			
Ítem 8				0.820			
Ítem 15				0.870			
Ítem 22				0.836			
Ítem 29				0.853			
Ítem 36				0.824			
Ítem 5					0.810		
Ítem 12					0.806		
Ítem 19					0.811		
Ítem 26					0.807		
Ítem 33					0.874		
Ítem 40					0.814		
Ítem 2						0.706	
Ítem 9						0.690	
Ítem 16						0.770	
Ítem 23						0.712	
Ítem 30						0.563	
Ítem 37						0.651	
Ítem 3							0.850
Ítem 10							0.843
Ítem 17							0.838
Ítem 24							0.854
Ítem 31							0.852
Ítem 38							0.838
α dimensiones	0.777	0.663	0.843	0.861	0.847	0.726	0.868
α total	0.944						

Fuente: Muestra piloto.
Salida SPSS Vrs. 23.0

Confiabilidad

De un total de 15 pruebas realizadas a nivel piloto para medir la confiabilidad de los instrumentos, se obtuvo para el instrumento total un índice de confiabilidad Alfa de Cronbach de $\alpha = 0.948$ ($\alpha > 0.70$) para el instrumento que evalúa la sobrecarga laboral y un índice de confiabilidad Alfa de Cronbach de $\alpha = 0.944$ ($\alpha > 0.70$) para el instrumento que evalúa el afrontamiento del estrés, lo cual indica que los instrumentos que evalúan la sobrecarga laboral y el afrontamiento del estrés son confiables. (Ver anexos)

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés: CAE

Edad...Sexo...

4	3	2	1	0
Casi siempre	Frecuentemente	A veces	Pocas veces	Nunca

1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente.	0	1	2	3	4
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal.	0	1	2	3	4
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema.	0	1	2	3	4
4. Descargué mi mal humor con los demás.	0	1	2	3	4
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas.	0	1	2	3	4
6. Le conté a familiares o amigos como me sentía.	0	1	2	3	4
7. Asistí a la Iglesia.	0	1	2	3	4
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados.	0	1	2	3	4
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas.	0	1	2	3	4
10. Intenté sacar algo positivo del problema.	0	1	2	3	4
11. Insulté a ciertas personas.	0	1	2	3	4
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema.	0	1	2	3	4
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema.	0	1	2	3	4
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.).	0	1	2	3	4
15. Establecí un plan de actuación y procure llevarlo a cabo.	0	1	2	3	4
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema.	0	1	2	3	4
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás.	0	1	2	3	4
18. Me comporté de forma hostil con los demás.	0	1	2	3	4
19. Salí al cine, a cenar, a “dar una vuelta”, etc., para olvidarme del problema.	0	1	2	3	4
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema.	0	1	2	3	4
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema.	0	1	2	3	4
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema.	0	1	2	3	4
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación.	0	1	2	3	4
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes.	0	1	2	3	4
25. Agredí a algunas personas.	0	1	2	3	4
26. Procuré no pensar en el problema.	0	1	2	3	4
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal.	0	1	2	3	4
28. Tuve fe en que os remediara la situación.	0	1	2	3	4
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas.	0	1	2	3	4
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema.	0	1	2	3	4
31. Experimenté personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga”.	0	1	2	3	4
32. Me irrité con alguna gente.	0	1	2	3	4
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema.	0	1	2	3	4
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cual sería el mejor camino a seguir.	0	1	2	3	4
35. Recé.	0	1	2	3	4
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema.	0	1	2	3	4
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran.	0	1	2	3	4
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor.	0	1	2	3	4
39. Luché y me desahugué expresando mis sentimientos.	0	1	2	3	4
40. Intenté olvidarme de todo.	0	1	2	3	4
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos.	0	1	2	3	4
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar.	0	1	2	3	4

ANEXO 4

MUESTRA PILOTO PARA EL ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO QUE EVALÚA LA SOBRECARGA LABORAL.

N°	Impacto del cuidado												Interpersonal						Expectativas de autoeficacia			
	1	2	3	7	8	10	11	12	13	14	17	22	4	5	6	9	18	19	15	16	20	21
1	2	1	2	2	1	1	2	3	1	1	1	3	3	2	2	2	1	2	2	1	1	1
2	4	4	3	1	1	4	4	2	4	2	2	4	4	2	2	2	4	2	3	4	4	2
3	2	2	2	3	3	1	3	1	1	2	3	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2
4	4	2	4	4	4	2	2	3	3	4	2	3	4	2	4	4	4	4	2	4	3	3
5	2	1	2	2	3	2	2	3	1	1	2	3	1	3	1	1	3	3	1	1	1	1
6	3	4	2	4	3	4	4	3	2	3	3	4	4	4	4	4	2	4	3	4	3	2
7	2	2	1	1	3	2	1	1	1	1	2	1	2	1	3	2	1	1	1	1	1	1
8	4	2	3	2	4	4	4	4	4	2	3	4	2	3	4	3	4	3	2	4	3	4
9	1	1	3	1	1	3	1	1	3	3	1	3	1	2	3	2	2	2	1	2	1	1
10	3	4	1	3	4	2	4	3	3	1	4	1	4	2	4	4	2	3	4	4	3	4
11	3	1	1	1	1	1	2	1	1	3	3	1	1	1	3	2	1	2	1	2	1	2
12	2	4	3	4	4	2	3	4	2	3	4	4	4	4	3	4	4	3	3	3	2	4
13	2	3	3	1	2	1	2	1	1	2	3	1	1	3	3	3	1	2	1	2	1	1
14	2	3	3	4	3	4	4	4	2	3	2	4	3	4	3	4	4	3	3	2	2	4
15	1	1	1	3	1	1	3	1	1	1	2	3	3	2	3	1	2	2	1	1	1	1

Fuente: Muestra Piloto.

1. Prueba de Confiabilidad del Instrumento que evalúa la sobrecarga laboral “ α ” de Cronbach.

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \times \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right)$$

Dónde:

α : Coeficiente de Confiabilidad

K : Número de ítems

S_i^2 : Varianza de cada ítem

S_t^2 : Varianza del total de ítems

\sum : Sumatoria

Cálculo de los datos:

$$K = 22 \qquad \sum S_i^2 = 28.286 \qquad S_t^2 = 296.838$$

Reemplazando:

$$\alpha = \frac{22}{22-1} \times \left(1 - \frac{28.286}{296.838} \right) = 0.948 > 0.70 \Rightarrow \text{Confiable}$$

Confiabilidad por ítems:

ÍTEMS	Impacto del cuidado	Interpersonal	Expectativas de autoeficacia
Ítem 1	0.860		
Ítem 2	0.854		
Ítem 3	0.862		
Ítem 7	0.860		
Ítem 8	0.859		
Ítem 10	0.852		
Ítem 11	0.852		
Ítem 12	0.845		
Ítem 13	0.854		
Ítem 14	0.867		
Ítem 17	0.871		
Ítem 22	0.859		
Ítem 4		0.807	
Ítem 5		0.819	
Ítem 6		0.828	
Ítem 9		0.774	
Ítem 18		0.828	
Ítem 19		0.776	
Ítem 15			0.882
Ítem 16			0.868
Ítem 20			0.864
Ítem 21			0.920
α dimensiones	0.868	0.833	0.910
α total	0.948		

Fuente: Muestra piloto.
Salida SPSS Vrs. 23.0

ANEXO N° 5

FICHA DE CONSENTIMIENTO FIRMADO POR LOS PARTICIPANTES

Con el fin de realizar una investigación referente a la labor que cumple la familia y el cuidador busca conocer la situación actual de la sobrecarga emocional de los familiares que cumplen el rol de cuidador informal de una persona diagnosticada de la enfermedad de esquizofrenia. Se busca que estrategias de afrontamiento se aplicarán para tratar esta sobrecarga.

A continuación se le presentará un cuestionario que deberá ser respondido con honestidad. Es importante que marque todos los ítems para evitar que se invaliden sus respuestas. El tiempo aproximado de respuestas para la resolución de este cuestionario, será aproximadamente de 20 a 30 minutos.

Acepto voluntariamente participar en la investigación conducida por Candelaria María Cerqueira Cruzalegui, Bachiller en Psicología perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro de Chimbote -filial- Trujillo.

Estos cuestionarios se responden en forma anónima. La información recopilada acerca de su persona, se tratará en forma confidencial. Los datos recolectados se usarán para fines de estudio y sin ningún otro propósito. Finalmente, no se usará su nombre en ninguno de los reportes.

Se agradece por su participación.

Firma del/la Participante

Candelaria María Cerqueira Cruzalegui

ANEXO N° 6
MATRIZ DE DATOS

N°	Impacto del cuidado														Interpersonal								Expectativas de autoeficacia						Sobrecarga laboral	
	1	2	3	7	8	10	11	12	13	14	17	22	Ptje	Nivel	4	5	6	9	18	19	Ptje	Nivel	15	16	20	21	Ptje	Nivel	Total	Nivel
1	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	26	Leve	2	2	2	2	1	3	12	No sobrecarga	2	1	3	2	8	No sobrecarga	46	No sobrecarga
2	1	2	2	1	2	2	3	3	3	2	3	3	27	Leve	1	2	2	2	2	3	12	No sobrecarga	3	1	2	2	8	No sobrecarga	47	Leve
3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	33	Intensa	2	3	3	2	3	2	15	Leve	3	3	2	3	11	Intensa	59	Intensa
4	1	2	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	29	Leve	1	2	2	2	3	3	13	Leve	2	2	2	3	9	Leve	51	Leve
5	2	2	2	3	3	2	2	2	2	3	2	3	28	Leve	2	2	2	3	2	2	13	Leve	2	3	2	2	9	Leve	50	Leve
6	2	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	32	Intensa	3	2	3	3	2	2	15	Leve	2	3	3	3	11	Intensa	58	Intensa
7	3	3	2	3	3	2	2	3	2	2	2	3	30	Leve	3	2	3	2	2	2	14	Leve	3	2	2	2	9	Leve	53	Leve
8	2	2	3	3	2	2	3	3	3	2	2	2	29	Leve	2	2	3	2	3	2	14	Leve	2	2	2	3	9	Leve	52	Leve
9	1	2	3	2	3	1	3	2	2	3	1	2	25	No sobrecarga	1	2	2	2	2	2	11	No sobrecarga	2	1	3	2	8	No sobrecarga	44	No sobrecarga
10	2	2	3	3	3	2	2	2	2	3	3	3	30	Leve	1	2	2	3	3	3	14	Leve	2	2	3	2	9	Leve	53	Leve
11	3	2	2	2	3	2	3	2	3	2	2	3	29	Leve	3	3	3	2	2	1	14	Leve	3	1	2	3	9	Leve	52	Leve
12	2	3	3	3	2	2	2	3	2	2	3	3	30	Leve	2	2	2	2	3	3	14	Leve	2	2	2	3	9	Leve	53	Leve
13	2	2	2	3	3	2	3	2	3	3	3	3	31	Intensa	2	3	2	2	3	2	14	Leve	2	3	2	3	10	Leve	55	Leve
14	2	3	2	3	3	2	2	3	3	2	2	3	30	Leve	3	2	3	2	2	2	14	Leve	2	2	3	2	9	Leve	53	Leve
15	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	3	27	Leve	2	3	2	2	2	2	13	Leve	2	2	2	2	8	No sobrecarga	48	Leve
16	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	3	3	31	Intensa	2	2	3	3	2	3	15	Leve	3	1	3	3	10	Leve	56	Intensa
17	2	2	2	3	3	3	2	3	2	3	2	3	30	Leve	2	2	3	2	2	3	14	Leve	3	2	2	3	10	Leve	54	Leve
18	2	2	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	31	Intensa	2	2	3	3	3	2	15	Leve	2	3	2	3	10	Leve	56	Intensa
19	1	2	2	3	3	2	2	3	3	3	2	3	29	Leve	2	2	2	2	3	3	14	Leve	2	2	2	3	9	Leve	52	Leve
20	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	30	Leve	2	2	3	3	2	2	14	Leve	2	2	3	3	10	Leve	54	Leve
21	2	2	3	3	3	2	3	3	3	2	2	3	31	Intensa	3	2	3	2	3	2	15	Leve	2	3	2	3	10	Leve	56	Intensa
22	2	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	32	Intensa	2	2	3	2	3	3	15	Leve	3	2	3	3	11	Intensa	58	Intensa
23	2	3	2	2	3	3	3	3	3	2	2	3	31	Intensa	2	2	3	3	3	2	15	Leve	3	2	3	3	11	Intensa	57	Intensa
24	1	2	2	3	3	2	3	2	2	3	2	3	28	Leve	1	2	2	2	3	3	13	Leve	3	1	2	3	9	Leve	50	Leve
25	2	2	2	3	3	2	2	2	2	3	2	3	28	Leve	2	2	2	2	2	3	13	Leve	3	2	2	2	9	Leve	50	Leve
26	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	35	Intensa	3	2	3	2	3	3	16	Intensa	3	4	3	3	13	Intensa	64	Intensa
27	2	2	2	3	3	3	2	3	3	2	2	3	30	Leve	2	2	2	3	3	2	14	Leve	2	3	2	3	10	Leve	54	Leve
28	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	34	Intensa	2	3	3	2	3	2	15	Leve	3	2	3	3	11	Intensa	60	Intensa
29	1	2	3	2	3	1	3	2	2	3	1	3	26	Leve	2	1	2	2	2	3	12	No sobrecarga	3	1	2	2	8	No sobrecarga	46	No sobrecarga
30	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	34	Intensa	2	3	3	2	3	2	15	Leve	3	2	3	3	11	Intensa	60	Intensa

ANEXO N° 7

N°	Busqueda de apoyo social (BAS)							Expresión emocional abierta (EEA)						Religión (RLG)						Focalizado en la solución del problema (FSP)								Evitación (EVT)								Autofocalización negativa (AFN)								Reevaluación positiva (REP)								Afrontamiento de estrés						
	6	13	20	27	34	41	Ptje	Nivel	4	11	18	25	32	39	Ptje	Nivel	7	14	21	28	35	42	Ptje	Nivel	1	8	15	22	29	36	Ptje	Nivel	5	12	19	26	33	40	Ptje	Nivel	2	9	16	23	30	37	Ptje	Nivel	3	10	17	24	31	38	Ptje	Nivel	Total	Nivel
1	3	4	3	2	3	4	19	Alto	2	2	2	2	3	3	14	Medio	4	2	4	3	3	3	19	Alto	3	3	3	4	3	4	20	Alto	3	4	3	3	2	4	19	Alto	2	3	4	4	4	2	19	Alto	3	3	3	2	3	4	18	Alto	128	Alto
2	3	3	3	3	3	3	18	Alto	2	2	2	2	3	1	12	Medio	4	2	3	4	3	3	19	Alto	2	3	2	3	3	3	16	Medio	3	4	3	2	2	4	18	Alto	3	2	3	3	3	4	18	Alto	3	2	3	3	3	4	18	Alto	119	Alto
3	2	1	1	0	2	2	8	Bajo	1	1	0	2	1	1	6	Bajo	1	2	0	2	1	2	8	Bajo	1	1	1	1	1	1	6	Bajo	1	1	1	1	1	2	7	Bajo	1	1	1	4	0	1	8	Bajo	1	1	1	1	1	1	6	Bajo	49	Bajo
4	2	1	2	2	2	2	11	Medio	1	1	1	1	2	1	7	Bajo	2	2	1	2	2	2	11	Medio	1	0	1	0	3	2	7	Bajo	1	2	1	1	1	3	9	Medio	1	3	0	2	3	3	12	Medio	1	0	2	2	1	2	8	Bajo	65	Medio
5	4	2	4	2	3	3	18	Alto	1	2	2	2	2	2	11	Medio	3	3	3	3	3	3	18	Alto	3	3	2	3	2	2	15	Medio	3	4	2	3	1	4	17	Alto	4	3	0	3	3	4	17	Alto	3	2	4	3	2	4	18	Alto	114	Medio
6	2	1	2	2	2	1	10	Medio	0	0	2	2	2	0	6	Bajo	1	1	2	1	2	1	8	Bajo	1	1	0	2	1	1	6	Bajo	2	1	1	2	1	1	8	Bajo	2	1	0	2	2	2	9	Medio	0	1	0	1	3	2	7	Bajo	54	Bajo
7	2	2	1	2	3	3	13	Medio	2	1	2	2	1	0	8	Bajo	2	2	2	1	3	2	12	Medio	2	2	1	1	2	0	8	Bajo	3	2	2	2	0	2	11	Medio	2	2	2	2	2	3	13	Medio	1	2	2	1	2	3	11	Medio	76	Medio
8	2	3	1	3	1	0	10	Medio	0	2	1	0	2	2	7	Bajo	2	1	2	2	2	2	11	Medio	1	0	0	1	3	2	7	Bajo	2	2	0	1	1	2	8	Bajo	1	1	2	2	2	3	11	Medio	1	2	1	1	1	2	8	Bajo	62	Medio
9	4	3	4	3	3	3	20	Alto	2	3	3	2	3	2	15	Medio	3	3	3	4	4	4	21	Alto	4	4	4	3	2	3	20	Alto	4	2	3	2	4	4	19	Alto	3	4	2	3	4	3	19	Alto	3	4	3	3	3	3	19	Alto	133	Alto
10	3	2	0	0	4	4	13	Medio	1	1	1	2	2	1	8	Bajo	2	1	2	2	3	2	12	Medio	2	1	3	0	0	2	8	Bajo	1	2	2	2	2	2	11	Medio	2	2	2	3	2	2	13	Medio	2	1	1	2	1	2	9	Medio	74	Medio
11	2	2	2	2	2	3	13	Medio	1	1	2	2	1	1	8	Bajo	2	2	3	2	2	3	14	Medio	1	2	1	2	1	1	8	Bajo	3	2	2	2	0	3	12	Medio	3	3	2	1	3	2	14	Medio	2	2	3	2	2	2	13	Medio	82	Medio
12	2	2	2	2	2	3	13	Medio	1	1	2	0	2	2	8	Bajo	2	0	2	2	3	2	11	Medio	2	1	2	1	0	1	7	Bajo	1	3	2	2	0	2	10	Medio	2	2	3	2	2	2	13	Medio	1	0	2	1	2	2	8	Bajo	70	Medio
13	3	1	4	4	1	1	14	Medio	2	1	1	1	2	1	8	Bajo	2	2	3	2	3	2	14	Medio	1	2	1	1	2	2	9	Medio	2	3	1	2	1	3	12	Medio	2	2	2	2	3	3	14	Medio	2	2	2	2	2	3	13	Medio	84	Medio
14	2	3	2	3	2	3	15	Medio	2	2	2	1	2	1	10	Medio	2	3	2	3	2	3	15	Medio	2	2	2	3	2	3	14	Medio	3	2	2	3	3	2	15	Medio	3	1	3	1	3	4	15	Medio	1	3	3	2	2	3	14	Medio	98	Medio
15	2	4	2	4	2	4	18	Alto	2	2	2	2	2	2	12	Medio	2	3	3	3	4	3	18	Alto	3	2	2	4	2	2	15	Medio	4	3	2	3	2	4	18	Alto	2	3	2	3	3	4	17	Alto	2	2	3	3	4	4	18	Alto	116	Alto
16	2	3	3	3	3	3	17	Alto	2	2	2	1	2	2	11	Medio	3	2	4	2	3	4	18	Alto	3	2	2	3	2	2	14	Medio	3	3	2	3	3	3	17	Alto	2	2	2	2	4	4	16	Medio	2	3	3	2	3	4	17	Alto	110	Medio
17	3	3	2	2	3	2	15	Medio	1	2	2	1	2	1	9	Medio	3	3	2	2	2	3	15	Medio	1	2	3	3	2	2	13	Medio	1	2	3	2	3	3	14	Medio	3	2	2	3	3	2	15	Medio	2	2	2	2	3	2	13	Medio	94	Medio
18	3	3	2	3	3	3	17	Alto	2	2	1	1	2	2	10	Medio	3	3	3	2	3	3	17	Alto	2	2	2	3	3	2	14	Medio	2	3	2	3	3	2	15	Medio	4	3	0	2	3	4	16	Medio	3	3	3	3	2	3	17	Alto	106	Medio
19	3	2	2	2	2	2	13	Medio	3	1	1	0	2	1	8	Bajo	3	2	2	3	2	1	13	Medio	1	1	2	1	1	2	8	Bajo	1	3	1	2	1	3	11	Medio	2	2	2	2	3	2	13	Medio	1	1	3	2	2	4	13	Medio	79	Medio
20	3	2	3	3	2	2	15	Medio	1	2	2	1	2	1	9	Medio	3	2	2	3	2	2	14	Medio	2	2	1	2	1	2	10	Medio	3	2	2	3	2	2	14	Medio	2	3	1	3	2	3	14	Medio	2	1	3	2	2	3	13	Medio	89	Medio
21	3	2	3	3	3	3	17	Alto	1	1	2	2	3	1	10	Medio	2	2	2	3	4	3	16	Medio	2	3	2	2	2	3	14	Medio	3	3	3	3	0	3	15	Medio	2	1	3	2	3	4	15	Medio	3	3	3	3	2	3	17	Alto	104	Medio
22	1	1	2	2	1	1	8	Bajo	2	2	0	0	2	0	6	Bajo	2	1	2	0	2	1	8	Bajo	0	1	1	1	2	1	6	Bajo	0	1	1	1	0	4	7	Bajo	2	2	0	1	1	2	8	Bajo	1	1	1	2	1	1	7	Bajo	50	Bajo
23	2	2	2	1	1	2	10	Medio	1	1	1	0	2	1	6	Bajo	1	0	2	2	2	2	9	Medio	0	1	1	2	0	2	6	Bajo	1	1	2	1	2	1	8	Bajo	3	1	1	1	3	2	11	Medio	1	1	2	1	1	1	7	Bajo	57	Bajo
24	3	2	3	3	3	3	17	Alto	2	2	2	2	1	2	11	Medio	3	3	3	3	3	3	18	Alto	3	2	2	2	3	2	14	Medio	3	3	3	2	3	3	17	Alto	2	3	0	4	3	4	16	Medio	2	4	4	2	2	4	18	Alto	111	Medio
25	2	2	2	2	2	2	12	Medio	1	2	1	1	1	2	8	Bajo	2	2	1	2	2	2	11	Medio	1	0	2	2	1	1	7	Bajo	1	2	1	2	2	1	9	Medio	2	1	2	2	2	3	12	Medio	2	0	1	1	2	2	8	Bajo	67	Medio
26	3	0	1	0	2	0	6	Bajo	0	1	0	0	2	1	4	Bajo	1	1	1	0	1	1	5	Bajo	1	1	0	1	0	1	4	Bajo	1	1	2	0	1	1	6	Bajo	1	1	1	0	1	1	5	Bajo	1	1	0	1	0	1	4	Bajo	34	Bajo
27	2	2	2	3	3	2	14	Medio	1	1	2	1	2	1	8	Bajo	2	0	3	3	3	3	14	Medio	1	2	1	2	2	1	9	Medio	2	3	2	2	2	2	13	Medio	2	3	3	2	2	2	14	Medio	2	2	2	2	2	3	13	Medio	85	Medio
28	0	1	2	1	1	2																																																				

ANEXO N° 8

Prueba de Normalidad de Shapiro Wilk de la Sobrecarga Emocional y el Afrontamiento del cuidador informal de pacientes esquizofrénicos en el C.S.M.C. “Frida Alayza Cossío”, Trujillo - 2017.

Variables	Estadístico	gl	p
Sobrecarga Emocional	.165	30	.045
Impacto del cuidado	.158	30	.055
Interpersonal	.171	30	.025
Expectativas de autoeficacia	.182	30	.013
Afrontamiento	.162	30	.049
Búsqueda de apoyo	.194	30	.005
Expresión emocional abierta	.175	30	.031
Religión	.167	30	.043
Focalizado en la solución del problema	.189	30	.012
Evitación	.192	30	.008
Autofocalización negativa	.166	30	.044
Reevaluación positiva	.171	30	.037

En la Tabla 5, se muestran *p*-valores menores a .05, indicando una diferencia estadísticamente significativa ($p < .05$) entre la distribución de los puntajes de la Sobrecarga emocional, afrontamiento y sus dimensiones con la distribución normal, decidiéndose utilizar el Coeficiente de Correlación no paramétrico de Spearman para medir la correlación entre las variables investigadas.